

Date Due

Library Bureau Cat. no. 1137



Dermatologische Wochenschrift

MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON:

PROF. DR. CH. AUDRY IN TOULOUSE, DR. C. BECK IN BUDAPEST,
PRIV.-DOZ. DR. TH. BURI IN BASEL, DR. E. DELBANCO IN HAMBURG,
PRIV.-DOZ. DR. E. HEUSS IN ZÜRICH, DR. M. HODARA IN KONSTANTINOPEL,
PRIVAT-DOZ. DR. FR. KRZYSZTAŁOWICZ IN KRAKAU,
DR. L. LEISTIKOW IN HAMBURG, PROF. DR. V. MIBELLI IN PARMA,
DR. H. C. PLAUT IN HAMBURG

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA UND P. TAENZER.

VIERUNDVIERZIGSTER BAND.

1907.

JANUAR BIS JUNI.

MIT 6 TAFELN UND 15 ABBILDUNGEN IM TEXT.

HAMBURG UND LEIPZIG,
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1907.



**Druck der Druckerei-Gesellschaft Hartung & Co. m. b. H.
vorm. Richtersche Verlagsanstalt, Hamburg 25, Borgfelderstr. 28.**

Inhalt.

Originalabhandlungen.

(Die mit * bezeichneten bilden die Rubrik „Aus der Praxis".)

Seite

Disseminierte Miliartuberkulose des Haarbodens, von V. Mibelli 1
Über die Bereitung von Bädern, Waschungen und Umschlägen mit der Emulsion von Oleum cadinum und Anthrasol, von V. Mibelli 27
Über die Entwicklung des aristotelischen Begriffes des Tumores praeter naturam, von Paul Richter 65
*Über intramuskuläre Injektionen mit einer Suspension aus Vasenol-Hydrargyrum salicylicum unter Zusatz von Novocain, von Arthur Strauss 70
Beiträge zur Pigmentfrage, von E. Meirowsky 111. 166
Ein Fall von ungewöhnlicher Lokalisation des syphilitischen Primäraffektes, von S. L. Bogrow 163
Über einen Fall von Pemphigus foliaceus (nebst einigen Bemerkungen über das Wesen der „Hämatodermitiden"), von Heinrich Kanitz 217
*Über Mergal, ein neues Antisyphilitikum, von Leo Leistikow 230
Eigentümliches Verhalten einer transplantierten ichthyotischen Hautpartie, von Ernst Eitner 271
Über das senile Angiom des freien Lippenrandes, von A. Pasini 275. 342
Eine ungewöhnliche Form von Metastasen in der Haut des Mamma-Carcinoms und das Verhältnis dieser Erkrankung zur Pagetschen Krankheit, von Felix Malinowski 329
*Neue Studien über die Hornsubstanz, von P. G. Unna und Lazar Golodetz 399. 459
„Larva migrans", eine Gastrophiluslarve in der Haut eines Menschen in Dänemark. Mit Bemerkungen über andere Östridenlarven in der Haut des Menschen in Dänemark, von J. E. V. Boas 505
Zusatz zu dem Artikel über eine „Larva migrans" usw., von J. E. Boas 513
Beiträge zur Kenntnis der Artrophodermien, von S. C. Beck 545
*Ein Fall von Syphilis der Oberkiefergelenke, von Waclaw Sterling 559
Die Botryomykose. Zusammenfassendes Referat von Franz v. Krzysztalowicz 601
Über einen Fall von angio-kavernösem Myom der Haut. Klinische und histologische Untersuchungen von A. Pasini 614

Versammlungen.

Berliner dermat. Gesellschaft. Originalbericht von Felix Pinkus 136. 232. 351. 624
Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft. Originalbericht von Arth. Jordan 73. 358. 514
Aus der dermatologischen Sektion der 74. Jahresversammlung der British Medical Association zu Toronto im August 1906 137
Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft. Originalbericht von J. Pollitzer 184. 287. 352
Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 35. Kongreß 1906 562

Fachzeitschriften.

Seite
Archiv für Dermatologie und Syphilis 31. 140. 233. 359. 468. 562
Dermatologisches Centralblatt 33. 143. 236. 296. 361. 516. 570
Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 34. 296
Dermatologische Zeitschrift 36. 144. 422. 626
Annales des Maladies vénériennes.................... 38. 240. 302. 371. 519. 631
Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique 39. 79. 145. 242. 427. 632
Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venereologie 41. 201. 243. 431
Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene 75. 236. 298. 516. 628
Monatsberichte für Urologie 77. 191
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 77. 198. 239. 300. 366. 475. 571
Annales des maladies des organes génito-urinaires 78. 368. 426. 628
The British Journal of Dermatology 191. 299. 517
Journal of cutaneous diseases including Syphilis 194. 237. 424. 518
Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle 199. 430
Zeitschrift für Urologie 297
American Journal of Dermatology and Genito-Urinary-Diseases 362. 473. 570
Lepra 372
Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten 373. 433. 525. 574
Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 470
Bulletin de la Société Belge de Dermatologie et Syphilographie 521
Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma 523
Bulletin de la société française de dermatologie et de syphiligraphie 572
Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes............. 573

Bücherbesprechungen.

Die wichtigsten Erkrankungen der Haut (mit Ausnahme der tuberkulösen Hautaffektionen), von E. Galewsky 41
Die Geschlechtskrankheiten und ihre Behandlung ohne Quecksilber, von Josef Hermann 42
Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität, von Max Hirschfeld 43
Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Erkrankungen des Urogenitalapparates, von M. Nitze, S. Jacoby und A. Kollmann 45
Der erste Skleromfall in Schleswig-Holstein, von G. Heermann 46
Das Rhinosklerom, von Max Toeplitz und Henry Kreuder 46
Herpes zoster ophthalmicus, von Osterroht 46
Die Prostitutionsfrage in der Schweiz und das schweizerische Strafgesetzbuch, von Theodor Weiss 80
Traité élémentaire de Dermatologique pratique, von L. Brocq................ 82
Syphilis der Lunge beim Kinde und beim Erwachsenen, von Bériel 84
Kosmetische Hautleiden, von Jessner 145
Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung, von S. Jessner................ 146
Dementia paralytica und Syphilis, von Gaston Vorberg 146
Der akute und chronische Tripper bei Männern und Frauen, von Felix Malinowski 203
Die Ätiologie der Syphilis, von Erich Hoffmann.......................... 204
Kompendium der speziellen Histopathologie der Haut, von S. Ehrmann und J. Pick... 204
Genufsmittel — Genufsgifte? von W. Röttger.............................. 204
Syphilis et Tuberkulose, von Émile Sergent 377
Handbuch der Hautkrankheiten, von Franz Mraček 377. 528
Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Teil II: Geschlechtskrankheiten, von E. Lesser 438
Atlas und Grundrifs der Bakteriologie und Lehrbuch der speziellen bakteriologischen Diagnostik, von K. B. Lehmann und Neumann 439
Vom Wesen der Liebe, von Magnus Hirschfeld.......................... 439

Seite

Vorlesungen über Geschlechtstrieb und gesamtes Geschlechtsleben des Menschen, von Hermann Rohleder ... 440
Riedels Berichte ... 441
Die krankhaften Geschlechtsempfindungen auf dissociativer Grundlage, von Havelock Ellis ... 476
Die forensische Bedeutung der sexuellen Perversität, von J. Salgó ... 477
Der Automonosexualismus. Eine bisher noch unbeobachtete Form des menschlichen Geschlechtstriebes, von Hermann Rohleder ... 478
Das Sexualleben unserer Zeit in seinen Beziehungen zur modernen Kultur, von Iwan Bloch ... 478
Mitteilungen aus „Finsens Medicinske Lysinstitut“ in Kopenhagen ... 480
Die Praxis des Chemikers bei Untersuchung von Nahrungs- und Genufsmitteln, Gebrauchsgegenständen und Handelsprodukten bei hygienischen und bakteriologischen Untersuchungen, von Fritz Elsner ... 527
Ikonographia Dermatologica, von Albert Neisser und Eduard Jacobi ... 528
Die Blennorrhagie (seltene und wenig bekannte Formen), von Louis Jullien .. 528
Mitteilungen aus der Wiener Heilstätte für Lupuskranke, von Eduard Lang .. 528
Die Syphilis, von Orlowski ... 575
Die Schönheitspflege für Ärzte und gebildete Laien, von Orlowski ... 576
Die Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Reinhold Ledermann 576
Beiträge zur Kenntnis der Verbreitung der venerischen Krankheiten in den europäischen Heeren, sowie in der militärpflichtigen Jugend Deutschlands, von Heinrich Schwiening ... 576

Systematische Übersicht der Referate.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Was wissen wir über die Zusammensetzung und Entstehung der fettigen Hautsekrete, von C. Siebert ... 142
In Anlafs der Bemerkung von Poehl über die Florencesche Reaktion, von Bocarius ... 435
Ausscheidung von Bakterien durch die Schweifsdrüsen, von Wrede ... 562
Experimentelle Untersuchungen über Ausscheidung von Bakterien und einigen löslichen bakteriellen Substanzen durch den Schweifs, von Anton Blumenfeld ... 564
Über die Verhornung der Epidermis beim menschlichen Embryo, von Axel Cedercreutz ... 565
Die Beziehungen des Lymphdruckes zu den Erscheinungen der Regeneration und des Wachstums, von Fr. Reinke ... 577
Sanctorius über das Luftbad vor 300 Jahren, von Hein ... 578

Mikroskopie.

Histologische Untersuchungen über das Vorkommen der Spirochaeta pallida im Gewebe, von K. Sakurane ... 32
Spirochätenpräparate bei Dunkelfeldbeleuchtung, von Mucha ... 189
Spirochaeta pallida, von Mucha und Landsteiner ... 295
Der Ursprung der Plasmazellen, von L. Ehrlich ... 373
Über Plasmazellen, von Czeslaw Otto ... 481
Mikroskopische Veränderungen der Haare nach Röntgenisation, von Bogrow .. 515
Über das elastische Gewebe in Neubildungen, von G. A. Waljaschko ... 578
Über das Vorkommen von Ernstschen Keratingranula in normalen und erkrankten Schleimhäuten mit besonderer Berücksichtigung der Blennorrhoe, von Fanny Jampolski ... 579
Neuere Befunde an Mastzellen der Haut, von Schwenter-Trachsler ... 579

Bakteriologie.

Seite

Die parasitären Haarerkrankungen im Lichte von Sabourauds Forschungen, von Bormann 34
Kulturen von Trichophyton und von Mikrosporon, von Photinos 232
Der Gonococcus Neisser und seine Nährböden, von Paldrock 376
Weitere Untersuchungen über das Mikrosporum. Erster Teil: Ältere und neuere Mikrosporumarten, von R. Sabouraud 475
Beitrag zur Bakteriologie der Talgdrüsen, von J. Hallé und A. Civatte 475
Weitere Untersuchungen über das Mikrosporum, von R. Sabouraud 571
Spirochätenähnliche Gebilde als Degenerationsprodukt des polychrom-polymorphen Schimmelpilzes, von Selenew 574
Neue Verfahren zur Schnellfärbung von Mikroorganismen, insbesondere der Blutparasiten, Spirochäten und Gonokokken, von F. Loeffler 580
Zur Technik der Spirochätenuntersuchung, von K. Landsteiner und V. Mucha 580
Zur Technik der Spirochätenfärbung, von Alfred Kraus 580
Schnelle und einfache Färbemethode der Spirochaeta pallida, von Ward J. MacNeal 581
Die Silberspirochäte, von Walter Schultze 581
Zur Kritik der Silberspirochäte, von Edgar Gierke 581
Welche Gewebsbestandteile in entzündetem Gewebe täuschen Silberspirochäten vor, von Hans Friedenthal 581
Über den Nachweis der Spirochaeta pallida im Ausstrich mittels der Silbermethode, von Moriz Stern 581
Über Spirochätenbefunde bei Carcinomen und bei Syphilis, von Hans Friedenthal 582
Bakteriologische Studien über den Gonococcus. Wachstum des Gonococcus auf seinen freien Nährböden. Wert des Gramschen Verfahrens in der differentiellen Diagnose des Gonococcus, von Rudolf Picker 582
Die Beziehungen der Meningokokken zu den Gonokokken, von L. Zupsick 582
Über Agglutine und spezifische Immunkörper im Gonokokkenserum, von Th. Vannod 583

Hygiene.

Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten, von O. Grosse 236
Nur wenige Worte zum Schlufswort des Herrn Dr. Grosse-München, von Blokusewski 237
Zur faktischen Berichtigung, von O. Grosse 299
Zur Frage der Bildung eines „russischen Vereins zum Kampf mit den Geschlechtskrankheiten, von Selenew 375
Der Gesetzentwurf betreffend die Prostitution und die Prophylaxe der venerischen Krankheiten in seiner von der aufserparlamentarischen Kommission angenommenen Fassung, von L. Butte 427
Dürfen Krankenkassen hygienische Kongresse beschicken? von Albert Kohn .. 470
Geleitworte zur Fahrt in das Leben, von Alfred Sternthal 471
Bemerkungen über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der Handelsmarine, von C. Graeser 471
Ein Blick in die Geschichte der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Kroner 472
Belehrung über sexuelle Fragen, von F. C. Valentine 583
Die Gefahren der venerischen Krankheiten in ihrer Beziehung zum Staate, von F. C. Valentine 583
Der Umschwung in der Prostitution Frankreichs, von Felix Regnault 584
Bericht über die Versuche zur Einschränkung der Geschlechtskrankheiten innerhalb der Garnison Budapest, von Feistmantel 584
Die Verhütung von venerischen Erkrankungen, von F. C. Valentine und T. M. Townsend 584
Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten, von Otto Grosse 585
Über die Fürsorge für geschlechtskranke Schwangere und hereditär-syphilitische Kinder, von A. Buschke 585
Entgegnung auf Dr. Grosses „Zur faktischen Berichtigung", von Blokusewski 628

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Seite
Zur Frage der Absonderung des Quecksilbers durch den Harn, von Edward Welander 31
Ein weiterer Beitrag zu den strichförmigen Hauterkrankungen, von L. Fischl und A. Blaschko 32
Beweise für das Vorhandensein von einem autotoxischen Faktor bei der Entstehung bullöser Läsionen, von J. C. Johnston 138
Zur Histopathologie der Paraffin-Prothese, von M. L. Heidingsfeld 196
Über Dermatosen mit Vegetationen; mit Bericht von zwei Fällen, von Wm. Allen Pusey 197
Protagon beim Xanthom, von Störk 287
Glycogen in der Haut, von H. Brunner 366
Nervensystem und Hautkrankheiten, von Leredde 427
Die Veränderungen des Blutes bei den Dermatosen, von P. Minassian 427
Zur Frage des multiplen benignen Sarkoids der Haut (Boeck), benignes Miliarlupoid, von Terebinski 435
Diabetes mellitus als Komplikation von chronischer Malaria, von Cornelius Mc Kane 474
Vergleichende Untersuchungen über das Verhalten der Temperatur unter dem Einflusse des Tuberkulins A, des Adrenalins, des Morphiums bei Tieren mit lädiertem zentralen Nervensystem, von Cerone 523
Über ein hämorrhagisches Exanthem mit Allgemeinerscheinungen, von G. Baermann 563
Zur Frage der reflektorisch bedingten Hauterkrankungen, von Bettmann 564
Über symmetrische Schwellung der Schläfen und Wangen, hervorgerufen durch lymphocytäre Infiltrate in Muskulatur, Periost und Schleimhaut, von A. Buschke 565
Die infektiösen und parasitären Krankheiten, von Louis Rénon 585
Die Verbreitungswege von infektiösem Virus im menschlichen Organismus, von C. Feistmantel 585
Fälle von Stillstand und relativem Zurückbleiben des Flächenwachstums der Haut, von M. Schein 586
Kryptogenetische Streptokokkeninfektion mit persistierender Hauteruption, Lymphdrüsenschwellung und Fieber, Syphilis vortäuschend, von Alfred Stengel, J. William White und Joseph S. Evans 586
Ein Beitrag zur Kenntnis des Morbus Basedowii, von Boris Donchin 586
Formikationen, von S. Erben 587
Zur Frage der Spezifität der Haarverletzungen durch scharfe und stumpfe Gewalten, von Edgar Heinecker 587
Über die Erblichkeit der dermoiden Geschwülste, von Peter Luxenburger .. 587
Lokalisation der vom weiblichen Geschlechtsorgane ausgehenden hämatogenen Hauterkrankungen, von Moriz Schein 587
Die Bedeutung der Schimmelpilze für die Dermatologie und die allgemeine Pathologie. Hybride und reine Dermatomykosen, von Selenew 588
Wirkung der Lumbalpunktion auf einige Hauterscheinungen, von Paul Ravaut 588
Über leichte Wärmeeinwirkungen auf die Haut, von Friedrich Hesse 589
Über die Wirkung des teilweisen Lackierens der Haut auf das Blut und die Gewebe, von Ricciardini 589
Über das Vorkommen von metallischem Quecksilber im menschlichen Körper, von Walther Schmidt 589
Der Übergang des Quecksilbers von der Mutter auf den Fötus, von Conti und Zuccola 590
Über die Schicksale des intramuskulär injizierten Hydrargyrum salicylicum, von Leopold Freund 590

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Schmierkur und Schmiersalbe, von Kromayer 34
Therapeutische Revue, von Max Joseph 34
Resultate der Uviollichtbehandlung, von Arthur Strauss 36
Behandlung einiger Hautkrankheiten mit Bierscher Stauung, von Pospelow ... 74
Einige Bemerkungen über die Anwendung des Radiums in der Therapie, von Louis Wickham 77

Seite

Über die verkehrte und die richtige Verwendung von Milch bei gewissen Hautkrankheiten, von L. D. Bulkley 139
Das Blut in bezug auf Hautkrankheiten, von T. Houston und J. C. Rankin .. 140
Die opsonische Behandlung gewisser Hautkrankheiten, von George Pernet und J. Lemare Bunch 191
Quarzlampe, von Kromayer 232
Ueber Radiotherapie der Haarerkrankungen, von Robert Kienböck 235
Über Tumenolammonium in der Dermatologie, von Joseph Kraus 236
Quecksilberausscheidung bei Injektionen von Salicylarsenat Hydrargyri (Enésol), von S. L. Bogrow 236
Pharmakologie des Hydrargyrum lacticum, von A. Desmoulière 241
Die medikamentöse Elektrolyse und Hautkrankheiten, von Foveau de Courmelles 242
Pharmakologie des Hydrargyrum benzoatum, von Desmoulière 302
Druckapparate für die Kromayersche Quarzlampe, von Schüler 351
Wirkungsweise der Quarzlampe, von Schultz 351
X-Strahlen bei Hautkrankheiten, von William C. Egelhoff 363
Therapeutische Winke für Hautleiden von Kindern vom pädiatrischen Standpunkt, von Louis Fischer 364
Klinische Verwendung des blauen Lichtes, von Otto Juettner 365
Behandlung einiger Hautleiden, von John P. Mc Gowan 365
Die negativen Seiten der Radiumtherapie — lokale und entfernte neoplastische Adenopathie, von Boikow 436
Sattelnasendeformität, behandelt mit Paraffininjektionen, von Charles E. Barnett 473
Röntgentherapie in der Dermatologie, von Philipp Kanoky 474
Spritze, von Duhot 523
Über Elektrophorese, von Julius Baum 563
Erfahrungen über Karbolsäure bei Hautkrankheiten, von Rudolf Krösing 567
Über Methylenblau, von Franz Nagelschmidt 569
Radiotherapie in der Dermatologie, von Alfred Schalek 570
Die Anwendung des Lichtes in der Dermatologie, von Kromayer 590
Über Phototherapie, von Leopold Freund 591
Über die Wirkung des Uviollichtes auf die Haut und deren therapeutische Verwendung in der Dermatologie, von Carl Stern und Hesse 591
Über Behandlung mit Quecksilberlicht, von Assfalg 592
Therapeutische Anwendung und Gefahren der Röntgenstrahlen, von Charles Lister Leonard 592
Röntgenstrahlen bei oberflächlichen Läsionen, von Russell H. Boggs 592
Röntgenstrahlen und Geschlechtsdrüsen, von P. Ancel und P. Bonin 592
Aus dem Gebiete der Röntgenographie und Röntgentechnik, von Albers-Schönberg 593
Die Heifsluftkauterisation und ihre Anwendung in der Chirurgie, von E. Holländer 594
Die Behandlung frischer Wunden mit durch Wärme zum Austrocknen gebrachten Verbänden, von E. Asbeck 594
Zur offenen Wundbehandlung von Hauttransplantationen, von Goldmann 595
Zur Technik der Hauttransplantation nach Thiersch, von G. Waljaschko 595
Zur Technik der Thierschschen Transplantation, von K. Vogel 595
Erfahrungen mit der Bierschen Stauung, von Lindenstein 595
Zur Anwendung der Stauungshyperämie nach Bier durch den praktischen Arzt, von Max Fischer 596
Zur Behandlung mittels Stauungshyperämie nach der Methode von Bier, von Th. J. Gramenitzki 596
Einiges zur Bierschen Stauung, von Lichtenstein 596
Über eine Reihe von Fällen, welche durch Injektion von Bakterienvaccinen behandelt wurden, von E. Turton und A. Parkin 596
Über die von immunisierten Tieren gewonnenen Drüsenextrakte als therapeutisches Mittel bei der Pest, von S. Mallannah 597
Über die Bärentraubenblätter und ihre Präparate, insbesondere über Uropural, von Georg Haedicke 597
Pharmakologische Untersuchungen über die Wirkungsweise der Balsamica, von H. Vieth 597
Über einige Erfolge mit Beta-Sulfopyrin bei Jodismus und akuten Erkrankungen der Atmungsorgane, von Neumann 598

Seite

Schwere Nierenerkrankung nach äufserlicher Chrysarobinapplikation, von Richard Volk 598
Über den klinischen Wert des Cystopurins, von O. E. Loose 599
Zur Kenntnis des Hexamethylentetramins und seiner Salze (Cystopurin), von P. Bergell 599
Dymal, von Linke 599
Zur desinfizierenden Wirkung des Formaldehyds auf die Schleimhäute, von S. Daus 599
Erfahrungen über Ektogan, von M. Friedländer 599
Über den Desinfektionswert des Formamints, von Rheinboldt 600
Eine neue Formel für Oleum griseum, von Queyrat 632
Über Formaminttabletten, von Seifert 632
Ein Fall von hochgradiger Idiosynkrasie gegenüber der Einreibungskur, von Siegfried Suchy 633
Über die endermatische Anwendung des Unguentum Hydrargyri cinereum, von A. Stengzel 633
Gebrauch von Quecksilber und Durchlässigkeit der Nieren, von Bousquet 633
Über schmerzlose Injektion löslicher Quecksilbersalze, von Theodor Mayer ... 633
Hydrargyrum praecipitatum album multiforme, von H. Vörner 634
Die Hg-Stomatitis, von Maurice Letulle 634
Ichthyolbäder bei der Behandlung von Hautkrankheiten, von Ch. du Bois 634
Weitere Mitteilungen über „Jothion", von Emil Schindler 635
Über das Sajodin, von Th. Mayer 635
Jodismus nach Sajodin, von M. Sussmann 635
Erfahrungen über Jodfersanpastillen, von Victor Herling 635
Bemerkungen zur praktischen Anwendung des Isoforms, von B. Heile 635
Über Monotal, ein neues Guajakolderivat, von Impens 635
Monotal, ein neues externes Antiphlogistikum und Analgetikum, von A. Hecht. 636
Novargan, von Schleisick 636
Über Opsonine und die Behandlung durch bakterielle Vaccine, von T. L. Bunch 636
Zur Anwendung des Perhydrols, von L. Bierer 636
Über Phenyform, von M. Brenning 636
Über Phenyform, von A. Stephan 637
Über die „Reizwirkung" des Protargols, von C. Stern 637
Bedeutung der Protargolsalbe für die Narbenbildung, von Rob. Müller. 637
Über die Radioaktivität der Kreuznacher Soolquellen, von Carl Aschoff 638
Beitrag zur Verwendung des Sanatogen bei sexueller Neurasthenie, von P. Meissner 638
Sapalcol, ein fester Seifenspiritus zu medikamentösen Zwecken, von A. Blaschko 638
Über Schwefelwässer mit besonderer Berücksichtigung der Schwefelquelle von Dolaincourt (Vogesen), von René D. M. L. Florentin 639
Die Nenndorfer Schwefelseife, von Szubert 639
Über Unguentum sulfuratum mite (Theyolip), von Richard Ramshorn 639
Die Seifentherapie der Hautkrankheiten, von E. Schwarz 639
Verhängnisvolle Vergiftung durch äufsere Anwendung von Sublimat, von G. G. Craig 639
Das Thiosinamin als Heilmittel, von L. P. Wolf 639
Viscolan, eine neue Salbengrundlage, von Klug 640
Über die physiologischen und pharmakologischen Wirkungen des Yohimbin Spiegel, von Alexander Strübell 640

II. System der Hautkrankheiten.

A. *Angioneurosen.*

Über Arsenzoster, von Bernhard Solger 33. 296
Über Hautaffektionen bei verschiedenen Krankheitszuständen, speziell in bezug auf gewisse Angioneurosen, von S. Ernest Dove 192
Ein Fall von Urticaria haemorrhagica, verursacht durch Resorption von Toxinen, die von einer chronischen Mittelohreiterung ausgingen, von A. Winkelried Williams 194
Quinckesches Ödem, von Riehl 289

Seite
Toxisches Erythem, von Oppenheim 355
Zwei Fälle von Atoxylintoxikation, von Max Brenning 362
Zur Kasuistik der pigmentösen Pellagra (Pellagra pigmentosa), von Poltawzew 375
Merkurielle Gürtelrose (Herpes zoster), von Selenew 438
Über die Urticaria vom Standpunkte der neuen Erfahrungen über Empfindlichkeit gegenüber körperfremden Eiweißsubstanzen, von A. Wolff-Eisner 516
Urticaria simplex; Furunkel des linken Beines, von Pietrangelo 524
Ein schwerer Fall von Morbus Raynaud, von Ed. Arning 562
Beitrag zur Lehre von den Hauterkrankungen bei Neurosen, von Gayer 566
Die Theorie der Angioneurosen und die Theorie der hämatogenen Hautentzündung, von Ludwig Török 573. 641
Erwiderung auf den Vortrag L. Töröks: „Die Angioneurosenlehre und die hämatogene Hautentzündung", von K. Kreibich 641
Bemerkungen zu der Erwiderung Prof. Kreibichs auf meinen Vortrag: „Die Angioneurosenlehre und die hämatogene Hautentzündung", von Ludwig Török 641
Idiopathische Cyanose infolge von Sulph-Hämoglobinämie, von S. West und T. W. Clarke 642
Über die plötzlich entstandene flüchtige Nasenröte und ihre sofortige Beseitigung durch Benzin, von Franz Bruck 642
Zur Behandlung der Nasenröte mittels des galvanischen Stromes, von Josef Kapp 642
Die permanente Rötung der Haut bei der Insuffizienz der Nebennieren, von Focà 643
Die Serumkrankheit, von J. D. Rolleston 643
Beitrag zum Studium der Komplikationen durch Seruminjektionen. Erythema marginatum aberrans, von A. B. Marfan und Henri Lemaire 643
Eine eigentümliche Form einer toxischen Dermatose nach Antipyringebrauch, von Hans Degle 644
Hämorrhagien bei Neugeborenen, von H. Mc Clanaham 644
Zur Kasuistik der sog. Scarlatina medicamentosa, von Kirejew 644
Über einen Scharlach simulierenden Fall von Chininintoxikation, von B. Korybut 644
Quecksilberexanthem in Form eines Erythema circinatum et iris, von Bonnet.. 645
Ein Fall von Erythema gyratum menstruale, von J. Brings 645
Über Beobachtung und Behandlung eines gichtischen Hautleidens, von G. Lindner 645
Pellagra in frühester Kindheit, von H. Leonello Cristoforetti 646
Gleichzeitig ein Beitrag zur Kenntnis von der Entwicklungsdauer der Pellagra, von Ludwig Merk 646
Zur Bekämpfung der Pellagra in Österreich, von L. Soter 646
Über einen ungewöhnlichen Fall von Rayuaudscher Krankheit, von J. A. Milne 646
Ein Fall von Raynaudscher Krankheit, von J. Reid 646
Beitrag zur Erkenntnis der Pathogenese der Raynaudschen Krankheit, von J. Hnátek 646
Ein Fall von angioneurotischem Ödem des Kehlkopfes, von C. Birch 647
Über die Möller-Barlowsche Krankheit (infantiler Skorbut), von Eugen Fraenkel 647
Zwei Fälle von Purpura haemorrhagica, von denen der eine eine eigentümliche Beschaffenheit der Retina aufwies, von A. W. Falconer 648
Durch Bakteriengifte erzeugte Haut- und Schleimhautblutungen, von J. Heyrovsky 648

B. *Entzündungen.*

I. Traumatische.

Tylosis, von Spitzer 184
Ein Beitrag zur Histopathologie und Theorie der Brom- und Joderuptionen, von M. F. Engman und W. H. Mook 195
Traumatische Epidermiscysten an ungewohnter Stelle, von W. Dubreuilh 240
Residuen einer Hg-Dermatitis, von Riehl 292
Primeldermatitis durch Primula obconica, von Nobl 293
Glossitis saturnina, von Max Joseph 362
Ein Fall von Bromexanthem bei einem mit der Brust genährten Säugling, von Carl Leiner 364
Intoxikationserscheinungen nach Anwendung von Schwefelzinkpaste, von E. Hesse 627

Seite

Behandlung der durch Röntgenstrahlen entstehenden Dermatitis, von H. G. Nicholson ... 648
Die Behandlung der Röntgendermatitiden, von Foveau ... 648
Behandlung der Brandwunden, von Paul Reclus ... 648
Die Behandlung von Brandwunden, von Haldor Sneve ... 649
Zur pathologischen Histologie der inneren Organe beim Verbrennungstod, von R. Polland ... 649
Weitere experimentelle Beiträge zur Ätiologie des primären Verbrühungstodes, von Hermann Pfeiffer ... 650
Behandlung des eingewachsenen Zehennagels, von Gerald B. Webb ... 650
Die Ursache der Dermatitis bei Uncinariasis, von Claude A. Smith ... 650
Dermatitis durch ein Butterfärbemittel, von D. Lichty ... 650

II. Neurotische.

Über einen nach der Applikation des hochfrequenten Stroms entstandenen und durch den konstanten Strom geheilten Fall von Herpes zoster, von P. Petit 79
Dermatitis herpetiformis, von Arndt ... 136
Erythema multiforme, von Kren ... 186
Erythem, von Finger ... 187
Epidermolysis bullosa hereditaria, benigner Pemphigus, von Nobl ... 188
Ein Fall von Epidermolysis bullosa, von A. Winkelried Williams ... 194
Dermatitis vegetans in ihrer Beziehung zu Dermatitis herpetiformis, von John A. Fordyce und William S. Gottheil ... 197
Die Prurigo Hebra, von Dacco ... 200
Dermatitis herpetiformis Duhring, von Scherber ... 290
Lichen simplex chronicus Vidal, von Ehrmann ... 293
Dermatitis herpetiformis Duhring, von Müller ... 352
Erythema vesiculosum und bullosum (multiforme), von Kren ... 357
Ein rezidivierendes Erythema circinatum, von Bloch ... 367
Ein Fall von Pemphigus chr. familiaris s. Epidermolysis bullosa hereditaria, von Barannikow ... 433
Über neuropathische Entzündungen, von Kreitag ... 474
Ein Fall von Herpes zoster facialis, von Kudisch ... 526
Über die Epidermolysis bullosa hereditaria und ihren Zusammenhang mit der Raynaudschen Krankheit, von P. Linser ... 568
Über Prurigo als eine Hautdystrophie, von Frolow ... 574
Dermatitis herpetiformis, von Fischel ... 625
Herpes simplex; seine Diagnose und Prognose bei verschiedenen Infektionskrankheiten, von Jay F. Schamberg ... 651
Herpes zoster, von Albert Robin ... 651
Über einen Fall von Herpes zoster ophthalmicus bei einem Kinde, von J. M. Rachmaninow ... 651
Herpes zoster auf dem vom zweiten und dritten Trigeminusaste versorgten Gebiete mit ausgedehnter Geschwürsbildung auf der Zunge, von G. Caramano und E. Guérin ... 651
Die Variationen des Herpes corneae nach den Beobachtungen der Rostocker Augenklinik vom 1. Oktober 1901 bis 1. Oktober 1904 nebst Mitteilung eines durch Facialis-Abducens- und Chordaparese komplizierten Falles von Herpes zoster ophthalmicus, von Johannes Heydemann ... 651
Malum perforans im Munde, von E. Palasse ... 651
Erythema exsudativum multiforme und nodosum der Schleimhaut in ihren Beziehungen zur Syphilis, von G. Trautmann ... 651

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a) Akute Exantheme.

Bakterien im scharlachkranken und im normalen Halse, von Gustav F. Ruediger ... 46
Die Behandlung des Scharlachs mit Serum, nach den Literaturangaben, von A. N. Saltykow ... 46

Seite

Zur Scharlachuntersuchung, von N. Henry 47
Über Streptokokkenvaccine und deren Verwendung beim Scharlach des Menschen, von G. Gabritschewsky 47
Zur Frage über die spezifische Natur des Scharlachstreptococcus, von W. Nedrigailow 47
Über die Wirkung einer kochsalzarmen Nahrung auf die Gewichtsverhältnisse Scharlachkranker, von H. Pater 48
Über die Anwendung des Streptokokkenimpfstoffs bei Scharlach, von S. J. Zlatogoroff 48
Die innerhalb einer Hausepidemie an zwei „toxischen" Scharlachfällen beobachtete Wirkung des Aronsonschen Antistreptokokkenserums, beurteilt auf Grund einer kritischen Durcharbeitung der Literatur, von Waldemar Klasske .. 48
Salicylspirituskompressen bei Scharlach usw., von Solt 48
Ein Fall von malignem Ikterus im Gefolge von Scharlach, von H. W. L. Barlow 48
Über Scharlach, kompliziert mit Ikterus, von Klingmüller 49
Ein Fall von Cerebrospinalmeningitis bei Scharlach, von Joy M'Kenzie 49
Über die urämische Intoxikation im Verlaufe der Scharlachnephritis, von Alfred Bouchet 49
Über den derzeitigen Stand einer prophylaktischen Behandlung der Scharlachnephritis mit Urotropin, von Buttersack 49
Über Angina ulcerosa und über die Perforation des Gaumensegels bei Scharlach, von Jules Pivert 50
Der Wert von Natrium salicylicum bei Scharlacharthritis und anderen Gelenkaffektionen, von Ralph Stockmann 50
Die Masern im Jahre 1904 in der Charité beobachtet bei jungen Mädchen, von P. Arnaud 50
Über die Koplikschen Flecken. Ihre Bedeutung für die Diagnose und Prophylaxe der Masern, von André Bing 50
Masern als Komplikation bei Typhus abdominalis, von C. F. Zillie 50
Bucco-pharyngeale Komplikation bei Masern im Kindesalter, von Prosper Agéon 50
Laryngitis stridula im Beginne der Masern (Koppsche Krankheit), von Condulmer 50
Morbilli und Diphtherie, von Thure Hellström 50
Über Koinzidenz von Masern und Diphtherie, von Heinrich Strauss 50
Die Ausbreitung der Röteln und die Schwierigkeit ihrer Prophylaxe gelegentlich ihres Auftretens im Heere, von J. Noir 51
Das Verhalten von Leukocyten bei Röteln, von Wilhelm Hildebrandt und Karl Thomas 51
Über Miliaria epidemica, von Wilhelm Scholz 51
Über die pockenverdächtigen Formen der Varicellen, von Wilhelm Ebstein . 52
Bericht über einen Fall von konfluierender Varicella, von J. T. Neech 52
Varicella bullosa, von H. Freeth 53
Die Hautstigmata der Varicellen, von Marfan 53
Die Histologie der Hautläsionen bei Varicella, von E. E. Tyzzer 53
Phlegmone als Komplikation von Varicellen, von R. Kreuzeder 53
Mitteilung über eine Variolaepidemie, die in Nizza im Jahre 1902 herrschte, von A. P. B. Mir 54
Studien über Impfungen mit Pocken und Vaccine bei Affen, von Walter R. Brinkerhoff und E. E. Tyzzer. Mit einer Einleitung von W. J. Councilman 54
Über die als Protozoen beschriebenen Zelleinschlüsse bei Variola, von Pierre Schrumpf 54
Ein Fall von Kuhpockenübertragung auf Menschen, von E. Vollmer 54
Die Vaccination während der Gravidität und ihr Einfluſs auf den Fötus, von P. A. M. G. Merle 54
Über die Vaccination bei Neugeborenen, von Léon Beauquey 54
Die Impfung unter Rotlicht, von H. Goldmann 54
Über die im Gefolge des Impfens zur Beobachtung kommenden Hauterscheinungen, von Georgii 55
Betrachtungen über die sog. vermeidbaren Impfschäden und die Handhabung des Impfgeschäftes im Stadtbezirk Dortmund, von F. Steinhaus 55
Tetanus nach Vaccination, von A. H. Churchill 55
Über Vaccineinfektion des Auges und einen neuen Fall von primärer Kornealinfektion mit Vaccine, von Oskar Döhler 56

Seite
Über Vaccineerkrankung des Auges, von L. Alexander 56
Vaccinia abberans, von W. A. Wilson Smith.............................. 56
Vaccinia generalisata bei einem dreijährigen ungeimpften Kinde, von Schefers 56
Zur Kenntnis des Vaccineerregers, von P. Mühlens und M. Hartmann 57
Untersuchungen über die Spezifizität des Cytorrhyctes vacciniae, von Bandini. 57
Über die Lebensfähigkeit des Vaccine-Virus im Kaninchenkörper, von Adolf Ohly 57
Über die Verwendbarkeit der Kaninchen zur Gewinnung des Kuhpockenimpfstoffes, von L. Voigt.. 57
Scharlach und Pseudoscharlach; ihre Ätiologie und Differenzierung, von Noah E. Aronstam.. 570

b) Chronische Infektionskrankheiten.

α. Lepra.

Lepra in Neu-Süd-Wales, von Ashburton Thompson...................... 58
Bemerkungen über Lepra am Kap der guten Hoffnung, von R. S. Black 58
Ein Besuch des Leprosorium Audaku auf der Insel Oesel, von K. Dehio...... 59
Über Lepra und Fischnahrung, von G. Armauer Hansen................... 59
Neue Beobachtungen bei der Jodoformbehandlung der Lepra, von Diesing.... 60
Eine neue Ansicht in bezug auf die Pathologie und Therapie der Lepra, von R. S. Black 60
Lepra maculo-tuberosa, von Zumbusch 186
Lepraverkündigungszettel, Leprazettel, von Holländer 232
Lepra maculo-tuberosa, von Pick 291
Geschichte der Lepra auf Hawai von ihrem Ursprung bis zur Entdeckung des Leprabacillus bei Mosquitos (Culex pungens) und bei Bettwanzen (Cimex lectularis) durch den Vorstand der Lepramedizinalbehörde zu Molokai, von E. S. Goodhue.. 362
Über die Lepra im Kanton Wallis. Nebst Bemerkungen über exotische Leprafälle in der Schweiz, von Jadassohn und A. Bayard 372
Ein Fall von Lepra tuberosa; annähernde Heilung, von J. Ashburton Thompson 373
Lepra bei den Garos des Goalparadistriktes von Assam, von D. W. Ritchie .. 373
Zu Hutchinsons Fischtheorie, von G. Armauer Hansen 373
Über den Bau eines Leprosoriums in den Tropen, von B. Römer............. 373
Lepraliteratur für das Jahr 1906, zusammengestellt von Otto Hamann 373
In Anlaſs eines Falles von Morvanscher Krankheit, von Sobolew.... 374
Die Lepra in Argentinien. Das Initialleprom und die spontane Luxation der Linse, von J. A. Roorda Smit.................................. 429
Ein Fall von knotiger Lepra (Lepra tuberosa), von Kudisch 437

β. Tuberkulose.

Diskussion über die Behandlung des Lupus vulgaris, von Blaschko........... 29
Lupus pernio, von Rudolf Polland.. 37
Die Behandlung des Lupus mittels Bestrahlung im Hospital St. Louis, von Chatin 39
Purpura und Tuberkulose, von G. H. de Raffin de la Raffinie 60
Über vasomotorisches Pseudoerysipel bei Tuberkulösen, von Charlotte Goldenstein.. 60
Über experimentelle Erzeugung von Hauttuberkulose bei Affen, von R. Kraus und O. Kren 60
Hauttuberkulide und abgeschwächte Tuberkulose, von M. Darier 61
Über Tuberkulosis conjunctivae (besonders Lupus conjunctivae) und dessen Behandlung, von K. K. K. Lundsgaard.............................. 61
Behandlung (Lichtbehandlung) von Lupus conjunctivae, von K. K. K. Lundsgaard 61
Über Schleimhautlupus der oberen Luftwege, von Max Senator 62
Zur Behandlung der Schleimhauttuberkulose, von Eugen Hollaender........ 62
Wirkungsweise und Anwendbarkeit der Radiumstrahlung und Radioaktivität auf die Haut mit besonderer Berücksichtigung des Lupus, von Paul Wichmann 62
Die chirurgische Behandlung des Gesichtslupus, von Schultze................ 63
Über die kombinierte Resorcin- und Röntgenbehandlung des Lupus vulgaris nach Ehrmann, von S. Reines 63

Seite

Über die Wirkung von Tuberkulin von Jacobs in Fällen von Tuberkulose, die das Gemeingut der Dermatologen bilden, d. h. in Fällen von Lupus, Skrophulodermen und Lymphadenitiden, von V. Lespinne 63
Zur Heilwirkung des Tuberkulins. Heilung eines Lupus durch Perlsucht-Alttuberkulin, von Bandelier 63
Bemerkenswerter Fall von tuberkulösem Hautexanthem, von Hans Vörner 86
Die Verbreitung der Tuberkulose den Lymphgebieten entlang, von Haentjens. 86
Über Lupus mit Tumorbildung, von Otto Heinrich Heim 86
Lupus des Gesäſses, von Heller 136
Lichen scrophulosorum, von Müller 185
Lupus vulgaris disseminatus, von Müller 185
Lichen scrophulosorum, von Pick 186
Lupus vulgaris und Röntgenstrahlen, von Freund 189
Ein Fall von Lupus an der Stelle der Schutzpockenimpfpusteln, von A. Winkelried Williams 194
Beitrag zum Studium des Lichen scrophulosorum, von Lesseliers 198
Zwei Fälle von Inokulationslupus, von Florio Sprecher 235
Lupus vulgaris nasi, von Ullmann 288
Lupus pernio, von Kren 289
Tuberkulöse Geschwüre, von Kren 289
Lichen und Ekzema scrophulosorum, von Kren 292
Papulo-nekrotisches Tuberkulid, Pityriasis lichenoides chron., von Nobl 293
Inokulationslupus, von Reines 294
Papulo-nekrotisches Tuberkulid und Lupus erythematosus, von Ullmann 294
Lupus vulgaris disseminatus, K. Spenglers Perlsuchttuberkulin, von Mucha 295
Der gegenwärtige Stand der Lupusbehandlung, von Willmott Evans 299
Folliclis, von Hollstein 351
Acne cachecticorum, von Weidenfeld 352
Skrophuloderma, von Nobl 355
Tuberkulid, von E. Spitzer 356
Acne varioliformis, Tuberkulid, von Weidenfeld 356
Acne cachecticorum, von Ehrmann 356
Lichen scrophulosorum, von Reitmann 357
Lupus exulcerans, Ulcus tuberculosum, von Brandweiner 358
Tuberculosis papillomatosa cutis, von Reines 358
Wunderlicher Erfolg bei Lupus vulgaris, von Gordon G. Burdick 363
Behandlung von Lupus, abgesehen von Lichtbehandlung, von George G. Melvin 365
Ein seltener Fall von Hauttuberkulose, von Sokolow 374
Was leisten die neueren Behandlungsmethoden des Lupus vulgaris und welches sind ihre Indikationen, von A. Blaschko 422
Disseminierte Miliartuberkulose der Kopfhaut, von Mibelli 430
Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutis, von Berger 433
Die histologischen Veränderungen des Lupus vulgaris unter Finsens Lichtbehandlung, von Hans Jansen und Ernst Delbanco 468
Gleichzeitiges Auftreten von Lupus vulgaris und Lupus erythematosus, von L. Spitzer 476
Exquisiter Lupus vulgaris, von Shiwult 514
Die chirurgische Behandlung des Gesichtslupus, von Schultze 562
Über Lupus pernio, von Victor Klingmüller 566
Nutzbarmachung des elektrischen Stromes für die Behandlung des Lupus, von A. Philippson 569
Exstirpation tuberkulöser Cervikaldrüsen durch retroaurikuläre, später kaum sichtbare Inzision, von M. Morestin 572
Entwicklung und histologische Untersuchung des psoriasiformen Exanthems nach Tuberkulin, von M. Milian 572
Narben nach papulo-nekrotischen Tuberkuliden, von Hallopeau und Lasnier 573
Lichen scrophulosorum, Acne cachecticorum, von Roscher 624
Quarzlampe bei Lupus, von Kromayer 625

γ. *Syphilis.*

Ein seltener Fall von Leukoderma syphiliticum, von Leopold Loew 32
Über den syphilitischen Ursprung einiger Uteruscarcinome, von Jean Franceschini 38

Seite

Einige Fälle von tertiärer Syphilis der oberen Luftwege und des Pharynx, von Maurice Bloch ... 89
Abortivbehandlung der Syphilis durch intensive Therapie, von R. Duhot ... 40
Behandlung der hereditären Syphilis beim Neugeborenen mittels Hg-Injektionen, von Bodin ... 40
Die Syphilis der verheirateten Frauen, von A. Fournier ... 79. 88
Der gegenwärtige Stand der Syphilislehre, von Moriz Oppenheim ... 87
Genügt die moderne Diagnose syphilitischer Erkrankung wissenschaftlichen Forderungen, von O. Rosenbach ... 87
Eine serodiagnostische Reaktion bei Syphilis, von A. Wassermann, C. Bruck und A. Neisser ... 87
Über die Serodiagnostik der Syphilis, von R. Romme ... 88
Die Serodiagnostik der Syphilis, von v. Niessen ... 88
Über die während der letzten vier Monate der Schwangerschaft erworbene Syphilis, von Hubert Edmund Houllier ... 88
Eine mit Syphilis infizierte Familie, von W. R. Grove ... 88
Ein Beitrag zur Kenntnis der Syphilisübertragung durch das Stillen, von Paolantinacci ... 88
Die Syphilisübertragung beim Stillen vom juristischen und deontologischen Standpunkte, von L. Renaut ... 89
Die syphilitische Infektion der Ammen ... 89
Die Kontagiositätsdauer der Syphilis, von Ludwig Buba ... 89
Experimentelle Untersuchungen über die Infektiosität des syphilitischen Blutes, von Erich Hoffmann ... 89
Zur Infektiosität der malignen und tertiären Syphilis, von A. Buschke und W. Fischer ... 91
Zur Ätiologie des Syphilisrezidivs, von Isidor von Neumann ... 91
Die Beziehungen zwischen Syphilis und Carcinom der Schleimhäute, von Willis P. King ... 92
Fall von Syphilis maligna nach neunmonatlicher Kur in Lindewiese, von Neisser 92
Über den plötzlichen Tod syphilitischer Kinder, von Maurice Gordon ... 93
Die neuere ätiologische und experimentelle Syphilisforschung, von E. Finger .. 93
Morphologie und Züchtung der Spirochaeta refringens, von M. C. Levaditi ... 93
Über Spirochaeta pallida und deren Variationen, von A. Maclennan ... 93
Bemerkungen über Syphilis, Carcinom usw. und einige Protozoen, von J. Jackson Clarke ... 94
Über Spirochätenbefunde in den syphilitischen Geweben, von S. Ehrmann ... 94
Zur Frage der Spirochäten bei Syphilis, von Omeltschenko ... 94
Zur Kenntnis der Spirochaeta pallida im syphilitischen Gewebe, von P. Lipschütz ... 94
Zur Frage des Syphilismikroorganismus, von Woloschin ... 94
Zur Färbung der Spirochaeta pallida, von F. R. M. Berger ... 94
Spirochaeta pallida (Spironema pallidum) bei Syphilis, von T. Shennan ... 95
Die in syphilitischen Läsionen gefundenen Spirochäten, von G. M. O. Richards und L. Hunt ... 95
Das Vorkommen von Spirochaeta pallida in syphilitischen Läsionen, von L. S. Dudgeon ... 95
Über das Vorkommen der Spirochaeta pallida bei Syphilis, von Paul Petzold 95
Über das Vorkommen von Spirochäten bei syphilitischen und anderen Krankheitsprodukten, von Paul Mulzer ... 95
Über Spirochaeta pallida (Treponema Schaudinn), von J. Glass ... 95
Spirochaeta pallida (Treponema pallida), von L. S. Schmitt ... 95
Zur Kritik der Spirochaeta pallida Schaudinn, von Theodor Saling ... 95
Über die Spirochaeta pallida bei Syphilis, von Franz Sioli ... 95
Mitteilungen über Spirochaeta pallida (Schaudinn) und Cytorrhyctes (Siegel), von Josef Schütz ... 96
Beiträge zum Nachweis der Spirochaeta pallida in syphilitischen Produkten, von E. Ritter ... 96
Syphilis und der Spirochätenbefund, von Chrzelitzer ... 96
Spirochaeta pallida und Syphilis, von Marzinowski ... 97
Untersuchungen über Spirochaeta pallida, von M. Anghelovici und G. Joanitzescu ... 97
Die Spirochaeta pallida (Treponema pallidum) bei Syphilis, von W. C. Alvarez 97

Seite

Weitere Mitteilungen über den Nachweis der Spirochaeta pallida im Gewebe, von E. Hoffmann und A. Beer 97
Über Spirochaeta pallida, von Julius Glass 97
Neue Befunde von Spirochaeta pallida (Schaudinn) im menschlichen Körper und ihre Bedeutung für die Ätiologie der Syphilis, von K. Reuter 97
Die Herde des Fortwucherns der Syphilis und die Spirochaeta pallida, von G. Z. Petresco 98
Weitere Mitteilungen über die Spirochaeta pallida (Treponema Schaudinn), von Karl Herxheimer und Marie Opificius 98
Die Spirochaeta pallida in ihren Beziehungen zu den syphilitischen Gewebsänderungen, von M. Versé 98
Einige Mitteilungen über die praktisch-diagnostische Verwertbarkeit der Untersuchung auf Spirochaeta pallida, von Julius Heller und Lydia Rabinowitsch 99
Über das Vorkommen der Spirochaeta pallida bei Syphilis, von A. Wiman 99
Mitteilungen über Spirochätenuntersuchungen, von Alfred Kraus 99
Spirochaeta pallida, von A. Blaschko 99
Weitere Beiträge zur Kenntnis der Spirochaeta pallida, von A. Blaschko 100
Über die diagnostische Bedeutung der Spirochaeta pallida, von Erich Hoffmann 100
Spirochaeta pallida bei experimentell erzeugter interstitieller Hornhautentzündung, von Greeff und Clausen 100
Über den Nachweis der Spirochaeta pallida bei tertiärer Syphilis, von Egon Tomasczewski 100
Über den Nachweis von Spirochaeta pallida in tertiär-syphilitischen Produkten, von Doutrelepont und Grouven 100
Spirochaeta pallida im Lungengewebe bei Pneumonia alba, von A. Domernikowa 101
Positiver Befund der Schaudinnschen Spirochäte in der Leber und Milz eines macerierten Fötus, von Queyrat, Levaditi und Feuillé 101
Spirochaeta pallida und Osteochondritis, von E. Bertarelli 101
Untersuchungen auf das Vorhandensein der Spirochaeta pallida im Mutterkuchen, von V. Wallich und G. Levaditi 101
Demonstration der Spirochaeta pallida in der Placenta, von Radaeli 101
Syphilisgift und experimentelle Syphilis (Revue générale), von P. Schainfeld . 101
Ueber die erfolgreiche Übertragung der Syphilis auf Affen, von O. v. Petersen 101
Über die experimentelle Syphilis bei den Affen, von Tschlenow 101
Bericht über die Übertragbarkeit von Syphilis auf Affen, von A. S. Grünbaum und R. D. Smedley 102
Versuche zur Übertragung der Syphilis auf Affen, von Siebert, Schucht und A. Neisser 102
Impfungen mit Luesmaterial an Kaninchenaugen, von W. Schulze 103
Über die Transmission der Syphilis auf Kaninchen, von E. Bertarelli 104
Zur Frage der Immunmachung gegen Syphilis, von Petresco 105
Zur Frühdiagnose des syphilitischen Primäraffektes, von Felix Danziger 105
Über einen neuen und konstanten bakteriologischen Befund beim ulcerierten harten Schanker, von Casagrandi 105
Ein Fall von multiplen Ulcera dura, von S. R. Mallory Kennedy 105
Doppelinfektion mit genitalem und extragenitalem Schanker — Chancre à distance, von M. L. Heidingsfeld 105
Hypogastrische syphilitische Sklerose, von L. Strominger 105
Extragenitaler und urethraler Schanker, von Frank Crozer Knowles 106
Die extragenitale Syphilisinfektion, speziell der Primäraffekt der Nase, von Hermann Löb 106
Ein Fall von seltener Lokalisation des Initialschankers, von J. Pacyna 107
Ein Fall von primärer Syphilis der Nase, von James J. Campbell 107
Ein Fall von intranasalem Primärsyphilid mit Vortäuschung von Diphtherie, von J. D. Rolleston 107
Der syphilitische Primäraffekt an den Tonsillen, von Joseph Kaesbohrer 107
Über den syphilitischen Zungenschanker (Statistik und Prozentverhältnis), von René Carivenc 109
Die Syphilitiker, von E. Jeanselme 109
Über frühzeitigen Eintritt der Sekundärperiode nach gewissen extragenitalen Schankern. Schanker der Wangenschleimhaut, von Raoul Luisi 109
Zwei Fälle von ungewöhnlich schwerer Hautaffektion, von Heubner 109

Seite
Beitrag zum Studium des Syphiloderma pigmentarium primitivum, von G. Ronchi 110
Syphilitiker mit Phlebitiden im Plexus pampiniformis, von Arndt 136
Die Entwicklung von intraprimären syphilitischen Läsionen; sukzessive Schanker und prodromale Syphilide, von R. W. Taylor 139
Spirochätenbefunde in spitzen Condylomen, von Dreyer 143
Ein Vorschlag zur Frühbehandlung des syphilitischen Primäraffekts mit Quecksilberinfiltration und Kauterisation, von Arthur Strauss 143
Über die Pathogenese der merkuriellen Colitis und Stomatitis, von Johann Almkvist 144
Ein seltener Fall von Leukoderma syphiliticum, von L. Loew 147
Lupus der Nase oder Syphilis? von Thibierge 147
Pes inflammatus syphiliticus, nebst Bemerkungen zur Wirkung des Jod auf tertiärsyphilitische Krankheitsprozesse, von Ludwig Waelsch 147
Die Syphilis der Schilddrüse, von Felix Mendel 147
Sogenannte maligne Syphilis und deren Behandlung, von F. J. Lambkin 148
Über tertiäre Lues, von Benda 148
Über Muskelgummen im Frühstadium der Syphilis, von Georg Praetorius ... 148
Die funktionellen Veränderungen der Leber und die Syphilis dieses Organs, von de Renzi 149
Lebersyphilis mit starker Vergröfserung der Milz, von Grenier 149
Über auffallende Klebrigkeit der roten Blutkörperchen bei einem Fall von Leber- und Milzschwellung, von Georg Bub 150
Klinischer Beitrag zur frühzeitigen Nierensyphilis, von Secchi 150
Beobachtungen über Mundsyphilis, von A. A. Scot Skirving 150
Glossitis syphilitica sclerosa parenchymatosa im sekundären Stadium der Syphilis, von Duhot 150
Glossitis scleroparenchymatosa atrophica mit Leukoplakie und carcinomatöser Entartung, von Duhot 150
Über Fieber bei visceraler Syphilis, von H. Westphalen 151
Ein neuer Fall von Magensyphilis, von Georges Hayeur 151
Ist die sogenannte syphilitische Striktur des Rectums auf Blennorrhoe zurückzuführen? von W. S. Sweet 151
Studie über den syphilitischen Diabetes, von D. Troller 151
Syphilis der Prostata, von Drobuy 152
Akute gelbe Leberatrophie im Verlaufe der sekundären Syphilis, von Nikolski 152
Über die Syphilis des Oberkiefers mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zu Affektionen des Zahnsystems, von Georges Mouton 152
Syphilis und Tuberkulose der Genitalien, von Slatineanu und Jianu 153
Ueber schmerzhafte Drüsenschwellung bei Lues, von Hans Vörner 153
Ein seltener Fall von Keratitis gummosa, von Josef Pollak 153
Bericht über 38 Fälle von Stauungspapille, von Bruno Lehnerdt 154
Die Behandlung der durch akquirierte Syphilis bedingten progressiven Atrophie des Sehnerven, von C. Stedman Bull 154
Neuere Erfahrungen und Anschauungen über die syphilitischen Erkrankungen der Zirkulationsorgane bei akquirierter Lues, von C. Bruhns 154
Über einen Fall von multiplen Syphilomen des Herzens, von Arnold Futran . 155
Ein Fall von Myocarditis syphilitica bei hereditärer Lues mit Spirochätenbefund, von A. Buschke und W. Fischer 156
Über Aortitis syphilitica, von Dieulafoy 157
Das Aortenaneurysma auf syphilitischer Grundlage und seine Frühdiagnose, von Saathoff 157
Zur Statistik der Arteriosklerose, von Alfons Remlinger 158
Über Vorkommen und Ätiologie der Arteriosklerose. Nebst einigen anhangsweisen symptomatischen Bemerkungen, von Hans Ratzeburg 158
Ein Fall von Periphlebitis syphilitica. Trombosis venae portarum, von C. A. Ewald 158
Über Syphilis der Caruncula sublingualis, von Julius Heller 158
Einige Fälle von Polyserositis fibrosa, von Fritz Gofferjé 158
Über luetische Gelenkerkrankungen, von Eduard Weisz 158
Die frühzeitig auftretenden nervösen Erscheinungen bei Syphilis, von Thibierge 159
Hysterische Erscheinungen im sekundären Stadium der Syphilis, von Hans Zerner. 159
Gumma im Gehirn, von F. H. Jacob 160
Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Lues und Tumor cerebri, von J. Domanski 160

Seite

Über 31 Fälle von Lumbalpunktion aus der Erlanger medizinischen Klinik, von Eugen Benischek ... 160
Die Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit, von F. Widal ... 160
Die syphilitische Hemiplegie, von Chauffard ... 160
Hemiplegie syphilitischen Ursprungs, behandelt mit Injektionen von grauem Öl, von Duhot ... 160
Zur Kenntnis der infektiösen Diplegia facialis, von Walther Enke ... 161
Heilung einer syphilitischen Bulbärparalyse, von René Fodéré ... 161
Ein Beitrag zur Paralysis spinalis luetica, von Hans Harder ... 161
Eitrige Arthropathien bei der syphilitischen Pseudo-Paralyse, von Parrot ... 161
Über einen Fall von Meningitis basilaris syphilitica mit kombinierter Augenmuskellähmung, von Sophie Godelstein ... 161
Über die akute syphilitische Meningitis, von Henry Drouet ... 161
Die Syphilis in der Pathogenese der Tabes dorsalis, von de Pascalis ... 161
Über Tabes dorsalis, von D. Ferrier ... 162
Palmar- und Plantarsyphilid, von Spitzer ... 184
Endarteriitis luetica, von Reines ... 185
Reinfectio syphilitica, von Brandweiner ... 189
Gumma-Narbe, von Reines ... 190
Syphilid, von Spiegler ... 191
Ein spezieller Fall multipler cutaner und subcutaner Tumoren, von A. Winkelried Williams ... 194
Eine Kombination von Syphilis und Epitheliom der Zunge, von Douglas W. Montgomery und H. M. Sherman ... 198
Beitrag zum Studium des endourethralen Syphiloms, von P. Sensini ... 200
Autolysin, Isolysin und spezifische Ambozeptoren bei der Syphilis, von A. Fontana und G. Pollio ... 200
Konjugale Tabes und Paralyse, von Babinski ... 204
Ein Fall von Tabes dorsalis, bei welchem ausgedehnte sensible Störungen in der Haut sich vollständig wieder verloren, von F. W. Price ... 205
Einige Einzelheiten über die Tabes und ihre Behandlung mit Quecksilber, von Babinski ... 205
Über die apoplektiformen Anfälle bei Tabes dorsalis, von Artur Grofs ... 205
Über die Indikationen der antiluetischen Behandlung bei Tabes dorsalis und Paralysis progressiva, von K. Hudovernig ... 205
Die syphilitische Facialislähmung, von Thibierge ... 206
Beitrag zur Rekurrenslähmung mit 50 neuen Fällen, von Emil Schickendantz 206
Zur Frage der merkuriellen Injektionen bei Nervensyphilis (kritische Studie), von Antonin Porot ... 206
Einige Bemerkungen über die hereditäre Immunität gegen Syphilis und über das sog. Profetasche Gesetz, von Heinrich Rosmarin ... 206
Über extravaskuläre Blutbildung bei angeborener Lymphocytämie und kongenitaler Syphilis, von Herm. Schridde ... 206
Über Spirochätenbefunde bei hereditärer Syphilis, von Felix Danziger ... 208
Die pathologische Histologie der kongenitalen Syphilis und ihre Beziehungen zur Spirochaeta pallida, von C. Levaditi ... 208
Das Verhältnis zwischen Spirochäten und den Organen kongenital syphilitischer Kinder, von Edgar Gierke ... 208
Über Spirochaeta pallida bei angeborener Syphilis, von H. Beitzke ... 208
Spirochaeta pallida und Organerkrankung bei Syphilis congenita, von Paul Huebschmann ... 209
Über den diagnostischen Wert des Spirochätennachweises bei Lues congenita, von M. Simmonds ... 209
Über Syphilome innerer Organe Neugeborener und ihre Beziehungen zur Spirochaeta pallida, von V. Babes und Th. Mironescu ... 209
Ein Fall von kongenitaler Syphilis mit Spontanfrakturen, von Oberwarth ... 209
Ein Fall von Infantilismus auf Grund hereditärer Syphilis entstanden, von P. Ranschburg ... 210
Lues congenita im Bilde lymphatischer Leukämie bei einem Neugeborenen, von Carl Stuhl ... 210
Ein Fall von kongenitaler Lues, von Heuck ... 210
Ein Fall von Myocarditis syphilitica bei hereditärer Lues mit Spirochätenbefund, von A. Buschke und W. Fischer ... 210

Seite

Histologisches und Radiologisches zur tardiven Form der hereditären Gelenklues, von Bosse 210
Zur Kenntnis der hereditären Larynxsyphilis der Kinder, von G. J. V. Bertrand 211
Tabische Sehnervenatrophie bei hereditärer Lues, von J. Lewit........ 211
Über Entzündung der Netzhaut und der Sehnerven infolge von angeborener Lues, von F. Hirschberg........ 211
Der Kalender des Syphilitikers, von A. Martinet 211
Der gegenwärtige Stand der Syphilistherapie, von Moritz Oppenheim....... 211
Weitere Beiträge zur ätiologischen Therapie der Syphilis, von L. Spitzer..... 212
Über Syphilisprophylaxe, von E. Metschnikoff 212
Bemerkungen zu dem Vortrag von E. Metschnikoff: „Über Syphilisprophylaxe", von Karl Gerson........ 212
Über Syphilisprophylaxe, von Gaston Vorberg 213
Über den Gebrauch der Schwefelwässer in der Behandlung der Syphilis, von Louis Bertier........ 213
Hygienische Maſsregeln gegen Syphilis (Harben Lecture), von Elie Metschnikoff 213
Ein einfaches Mittel zur Erkennung einer drohenden Stomatitis, der Intoleranz und medikamentösen Sättigung während einer Quecksilberkur, von Severino 214
Die Präventivbehandlung der Syphilis, von Karl Heinze 214
Allgemeine Bemerkungen über die Therapie der Syphilis, von Ernst Fürth... 214
Ein Beitrag zur Serumbehandlung der Syphilis, von C. S. Engel 214
Beitrag zum Studium der intensiven Syphilisbehandlung mit den intramuskulären Injektionen von grauem Öl, von A. Turner........ 215
Die Behandlung der Syphilis mit Injektionen von grauem Öl, von Rob. Duhot 215
Die Technik der Injektionen von grauem Öl, von Duhot........ 215
Zur Einspritzung von grauem Öl in der Behandlung der Syphilis, von E. Bodin 215
Vorstellung von Fällen, welche die intensive und abortive Behandlung der Syphilis mit Injektionen von grauem Öl demonstrieren, von Duhot........ 216
Syphilitische Gelenkentzündung, von Holländer 232
Die Spirochaeta pallida im Blut von Syphilitischen, von L. Le Sourd und Ph. Pagniez 240
Verwechselung von Syphilis mit Tuberkulose in einem Fall, von B. Bord...... 240
Über Pruritus und Lichenifikation, verbunden mit Tabes, von G. Milian...... 240
Über hereditäre Syphilis und Prurigo Hebra, von Emery und Druelle....... 241
Über Hydrargyrum lacticum bei der Behandlung syphilitischer Kinder, von Levy-Bing........ 241
Syphilitischer Schanker am Ringfinger infolge eines Faustschlags auf den Mund, von Bizard und Laffout........ 242
Untersuchungen über Reinfektion bei Syphilis, von E. Finger 243
Experimentelle Syphilis bei Pavianen (papio babuin), von D. Zabolotnyj.. ... 243
Die Technik der intramuskulären Injektionen bei Syphilis, von William S. Gottheil........ 244
Über schmerzlose subcutane Quecksilbereinspritzungen 244
Die Behandlung der Syphilis mit Mergal, von S. Boſs 244
Die Injektionen von Quecksilberbijodid bei der Behandlung der Syphilis, von Sipari........ 245
Das Hermophenyl und seine Anwendung in der Behandlung der Syphilis, von Grégoire Répanis........ 245
Die Silbertherapie der Syphilis, von Justin Karlinski........ 245
Beitrag zum klinischen Studium des Enesol, von Louis Loquin 246
Bemerkungen über den therapeutischen Wert der Sarsaparilla bei Syphilis, von C. J. Cullingworth 246
Das Jodipin und sein Wert in der Behandlung der Syphilis, von Pierre Chapuis........ 246
Das Eisen als Unterstützungsmittel in der Behandlung der Syphilis, von J. Cammas........ 246
Anaemia perniciosa syphilitischen Ursprungs, von M. Labbé........ 246
Wichtigkeit der Munduntersuchung bei zweifelhaften Syphilisfällen, von M. Pautrier........ 246
Die Syphilis in der Maternité de l'hôpital Tenou 1905—1906, von Henri Leduc 247
Welche wirksamen Maſsregeln gibt es zur Verhütung der Verbreitung der Syphilis und der Vermehrung der Prostitution? von Charles Greene 247
Nachweis der Spirochaeta pallida in der Placenta, von Radaeli........ 247

Seite

Das Verhalten des Cytorrhyctes luis (Siegel) in der mit Syphilis geimpften Kanincheniris, von Walter Schulze 247
Diagnostische Gewebs- und Blutuntersuchungen bei Syphilis, von A. Neisser, C. Bruck und A. Schucht 247
Über multiplen Schanker, Mitteilung eines Falles mit fünf Initialsklerosen am Penis, von Frank Crozen Knowles 248
Über den Tonsillarschanker, von Swershewski 248
Ein Fall von Syphilis ulcerosa der Gesichtshaut, von Rille 248
Über Erythema nodosum syphiliticum, von L. Török 249
Ein Fall von syphilitischen Veränderungen des Unterkiefergelenkes, von Wactan Sterling 249
Die syphilitischen Arthropathien, von L. Dominici 249
Zur Kenntnis der syphilitischen Aortitis, von B. Giralt 249
Beschreibung eines Herzens mit gummöser Infiltration der auriculoventrikulären Fasern, von A. Keith und C. Miller 250
Die Ansteckungsfähigkeit des Gumma, von Charles Mallary Williams 250
Die veraltete tertiäre Syphilis, von Dieulafoy 250
Ein Fall von tertiärer Syphilis und Jododerma tuberosum, von Rille 251
Beiträge zur Röntgenoskopie von Knochenaffektionen hereditär-luetischer Säuglinge, von Otto Reinach 251
Ein Beitrag zur Genese der Augenerkrankungen bei hereditärer Lues, von Hans Bab 251
Pathologisch-anatomische Befunde an den Augen bei zwei Fällen von Lues congenita, von Hans Schlimpert 252
Zur Allgemeinbehandlung der Syphilis, von Leopold Loew 252
Extragenitale Sklerosen: linke Stirnseite, linker Jochbogen, von Urpani 289
Plantarsyphilid, von Ehrmann 290
Extragenitale Sklerosen, von Scherber 291
Sklerosis redux, von Brandweiner 293
Lues maligna praecox, von Finger 294
Phlebitis migrans, von Scherber 294
Erythema nodosum syphiliticum, von Scherber 295
Sklerosenrest der Mammilla, von Mucha 295
Papulo-pustulöses Exanthem, von Mucha 295
Makulöses Exanthem, von Mucha 295
Ein Fall von cerebrospinaler Syphilis zur Zeit des sekundären Exanthems, von W. K. Didrichsohn 298
Über die Anwendung von grauem Öl bei der Syphilisbehandlung, von Emery . 302
Können die hereditär Syphilitischen Syphilis erwerben? von Rostaine Paul .. 302
Ein Fall von begrenzter Nekrose des Oberkiefers im Anschlufs an Injektionen von grauem Öl, von Gaucher 302
Allgemeine und lokale Erscheinungen nach Injektionen von grauem Öl, Embolie (Grippe mercurielle), von Paul Gaston 303
Sieben Abscesse im Anschlufs an sieben Kalomelinjektionen bei demselben Kranken, von Emile Sergent 303
Gummöse Ulcerationen, von Müller 353
Sykosiforme Papeln, von Müller 353
Syphilis corymbosa, von Müller 353
Hereditär-luetisches Kind, von Leiner 355
Schankröse Umwandlungen, von Nobl 355
Spontanfraktur bei luetischer Osteomyelitis, von Körbl 356
Alopecia luetica, von Brandweiner 358
Referat der Arbeit von Levaditi, von Metscherski 359
Mitinquecksilber als Schmiersalbe, von Jessner 361
Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injektionen, von Louis Jullien 363
Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnis von der Ätiologie der Syphilis, von Albert Neisser 365
Cerebrale Syphilis, von Henry Alfred Robbins 365
Tertiäre Syphilis, von John V. Shoemaker 365
Inkonsequenzen im Verlaufe von Syphilisfällen, von Frank W. Ross 365
Der Liquor cerebrospinalis bei den Heredosyphilitikern, von Paul Ravaut 366
Über die Häufigkeit und den pathogenen Mechanismus des Schielens bei Hereditär-Syphilitischen, von A. Antonelli 371

Seite
Über Syphilisbehandlung in Aachen, von M. Chiraeg ... 371
Gumma der linken Mandel, Syphilis maligna praecox, von Laffout ... 372
Zur Frage der Gelenkerkrankungen bei Syphilis: Polyarthritis ossificans syphilitica der rechten Hand (Dactylitis ossificans syphilitica), von Selenew ... 374
Über die Syphilisüberimpfung auf antropoide Affen und über die Syphilisimmunität, von Pospelow ... 374
Zur Kasuistik der Cavernitis gummosa, von Miropolski ... 374
Diabetes insipidus auf syphilitischer Grundlage, von Papissow ... 374
Ein Fall von extragenitaler Syphilis (Glutaealschanker), von Schnittkind ... 374
Ein Fall von hartem Schanker der Oberlippe, von Sawin ... 374
Hunterscher Schanker auf der Oberlippe, von Rothmann ... 374
Zur Kasuistik der Raynaudschen Krankheit (Gangraena angiopathica), von Dedjurin 375
Über die experimentelle Syphilis bei den anthropoiden Affen, wie über die Eigenschaften des syphilitischen Virus, von Pospelow ... 375
Ein Fall von bedeutenden gummösen Deformationen der Gesichts- und Schädelknochen bei einem hereditären Syphilitiker, von Frolow ... 375
Die Bedeutung der Untersuchung des Urins auf Hg für die Behandlung der Syphilis, von Karpok ... 375
Über die Spirochäte der Syphilis, von Selenew ... 376
Hysterische Arthralgie bei einem Syphilitiker, von Didrichson ... 376
Gonitis syphilitica, von Frolow ... 376
Ein Fall von partiellen Dystrophien auf Grund hereditärer Syphilis, von Eltzina 376
Ein Fall von perigenitalem Schanker, von Rudnitzki ... 376
Elephantiasis von Penis und Scrotum als Folge von Syphilis, von A. Ravogli. 425
Die Überimpfbarkeit der Syphilis auf den Affen, betrachtet in ihren Beziehungen zur praktischen Medizin, von E. Ricklin ... 429
Spirochaeta pallida in tertiärer Syphilis, von Felix Malinowski ... 433
Drei Fälle extragenitaler syphilitischer Infektion, von Miropolski ... 433
Drei Fälle extragenitaler harter Schanker, von Djatschkow ... 434
Ein Fall von hartem Oberlippenschanker, von Lomowitzki ... 434
Seltener Fall extragenitaler syphilitischer Infektion, von Markow ... 434
Zur Kasuistik der extragenitalen Schanker, von Rothmann ... 434
Drei Fälle von ausgedehnten gummösen Zerstörungen auf dem Gliede, von Sobinski ... 434
Zweite Mitteilung über die Syphilisspirochäte, von Selenew ... 434
Über die Syphilis des Gehirns, von Dedjurin ... 434
Zur Frage der Hautveränderungen bei der Syphilis, von Hefter ... 434
Ein Fall von Pseudoleukämie auf syphilitischer Grundlage, von Smirjagin ... 434
Carcinom der Nase auf syphilitischer Basis, von Smirjagin ... 435
Zur Frage der Syphilisbehandlung mit Hg-Einspritzungen, von Poltawzew ... 435
Ein Fall von cerebrospinaler Syphilis im sekundären Stadium, von Didrichson 436
Zur Kasuistik der galoppierenden malignen Syphilis, von Egorow ... 436
Ein Fall von vielfacher Rupia syphilitica profunda, von Tscherkasski ... 436
Ein Fall von Syphilis hereditaria mit Beteiligung des Nebenhodens (sekundäre Epididymitis), von Kudisch ... 436
Ein Fall von partiellem Ergrauen der Kopfhaare bei einem Syphilitiker, von Terebinski ... 436
Ein Fall von universellem syphilitischem Leukoderma, von Poltawzew ... 436
Zur Kasuistik der hereditären Syphilis, von Poltawzew ... 437
Materialien zur Lehre von dem frühzeitigen oberflächlichen Ecthyma syphiliticum, von Terebinski ... 437. 438. 575
Ein Fall völliger Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand syphilitischen Ursprungs, von Wolfsohn ... 437
Zur Statistik der tertiären Syphilis in Moskau, von Arthur Jordan ... 469
Über Sedimentuntersuchungen eiweißloser Harne bei therapeutischer Quecksilberapplikation, von Richard Fischel ... 469
Alopecie bei hereditärer Syphilis, von Carl Leiner ... 473
Syphilis innerer Organe, von Henry Alfred Robbins ... 473
Ein Fall von kongenital-hereditärer Syphilis, von Peter Bisher ... 473
Verbesserung einer falschen Diagnose, von Herbert E. Mace ... 474
Über Alopecia syphilitica, von Hermann G. Klotz ... 518
Über die Diagnostik der Syphilis und der subcutanen und cutanen Sporotrichosen, von H. Gougerot ... 519

Seite

Erscheinungen von seiten des Sehkörpers infolge von tertiärer Syphilis bei den Tabetikern, von Jean Galezowski 520
Beitrag zum Studium der Paralysis facialis syphilitica secundaria neuritica, von A. Lousle 520
Schanker der Mandel und der Lippe mit folgender sekundärer Syphilis, von Milian und Chenet 520
Roseola syphilitica in Verbindung mit Ikterus, von Thomson 521
Doppelter Schanker, von Bayet 522
Glossitis syphilitica parenchymatosa, von Duhot 522
Hemiplegie syphilitischen Ursprungs, von Duhot 522
Wie hat man das Vorkommen der Spirochaeta pallida Hoffmann bei der Syphilis aufzufassen? von Campana 523
Syphiloderma serpiginosum terebrans, von Pulvirenti 524
Über die Schwierigkeiten bei der Behandlung der syphilitischen Psoriasis sowie anderer syphilitischer epidermolytischer Erscheinungen an den Handtellern und Fuſssohlen, von Campana 524
Über den Erreger der Syphilis, von Ehrlich 525
Zwei Fälle von professioneller syphilitischer Infektion. Syphilis insontium, von Kudisch 526
Über extragenitale Syphilisinfektion, von Sarubin 526
Hereditäre Gelenklues, von Bosse 562
Spirochäten beim spitzen Kondylom, von Max Juliusberg 566
Zur Frage der Natur und Behandlung der Leukoplakie der Schleimhäute, von C. Kopp 567
Klinisches und Kasuistisches von den syphilitischen Erscheinungen an den Schlagadern der Extremitäten, von Ludwig Merck 569
Harter Schanker ohne sekundäre Syphilis, von H. Oltramare 571
Pharynxkrebs bei einer Frau, welche früher tertiäre Erscheinungen am Pharynx gehabt hat, von M. Morestin 572
Gleichzeitiges Auftreten einer syphilitischen Eruption und eines Lichen scrofulosorum, von Alex. Renault 572
Sekundäre, auf Hg schlecht reagierende Syphilis; die kutanen Eruptionen werden von meningitischen Erscheinungen begleitet, von Gaucher und Malloizel 572
Syphilitischer Schanker des Auges, von Danlos und Deroye 573
Tötlich verlaufene Quecksilberintoxikation, von Bruhns 625
Über die Beziehungen der Spirochaeta pallida zum Hautpigment syphilitischer Effloreszenzen, von B. Lipschütz 626
Über Spirochätenerkrankungen, von G. Scherber 626
Kritische Studie über den Präventivwert des Jodkaliums bei der Behandlung der Syphilis, von A. Renault 631
Über eine atypische, geradlinige Form der Spirochaeta pallida. Über Mikrobienembolien bei der Syphilis und ihre Rolle bei der Bildung von Gummata, von Ch. Fouquet 631
Über Hermophenylinjektionen bei der Syphilisbehandlung, von H. Moutot und Petitjean 631
Entspricht die Darreichung des Jods den mit seiner Anwendung verknüpften Nachteilen? von Butte 632

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a) Oberhaut.

Der Einfluſs von Lichthunger bei der Entstehung der Psoriasis, von J. Nevins Hyde 137
Ein Fall von Pityriasis rubra, von T. C. Gilchrist 139
Ätiologie und Behandlung des Ekzems, von G. Chambers 140
Pityriasis lichenoides, von Spiegler 184
Pityriasis lichenoides, von Reines 185
Ekzema cruris lichenoides, Varikositäten, von Spiegler 191
Bemerkungen über den Stoffwechsel bei einigen Fällen von Psoriasis, von Jader Cappelli 200
Zur Kenntnis der Pityriasis lichenoides chronica, von Erhard Riecke 234

Seite

Die Gruppe der sogenannten seborrhoischen Krankheiten, die „Kerosis“, von J. Darier 239
Psoriasis traumatica, von J. Wisniewski 243
Ekzema, eine Skizze über dessen Entstehung und Behandlung, von James C. Johnston 252
Was ist die Ursache des akuten Ekzems? von J. Csillag 253
Die Differenzierung der (sogenannten) seborrhoischen Affektionen der Kopfschwarte, von E. D. Chipman 253
Das Ekzem der Säuglinge, von Variot 253
Augenekzem im Kindesalter, von Frederik Krauss 254
Die Behandlung des Ekzems mit strahlender Wärme, von J. Tóth 254
Zur Therapie des Erythema und Ekzema intertrigo der Säuglinge, von Fürst .. 254
Dermatitis exfoliativa beim Neugeborenen (Ritters Krankheit), von B. M. Baker 254
Fälle von Erythema scarlatiniforme, welche mit der Diagnose Scharlach ins Krankenhaus geschickt wurden, von J. Beard und T. W. Naylor Barlow 255
Pityriasis rosea, von D. W. Montgomery 255
Beiträge zur Kenntnis der Pityriasis rubra (Hebra), von H. Kanitz 255
Ein Fall von Pityriasis rubra, von Halle 256
Neuere Erfahrungen und Anschauungen über Psoriasis, von P. G. Unna 256
Psoriasis und deren Behandlung, von P. S. Abraham 257
Die Heilung der Psoriasis. Eine Studie über 500 Fälle der Privatpraxis, von L. Duncan Bulkley 257
Heliotherapie der Psoriasis, von Michael Guhr 258
Über Keratosis superficialis als Folgekrankheit von Acne rosacea, von Ernst Kuntz 258
Über einen Fall von ausgebreiteter Arsenikkeratosis mit Ausgang in Epitheliom, von K. Ullmann 258
Ein Fall von Arsenkeratose, von M. Biach 259
Über Ichthyosis congenita, von Alfred Brandweiner 259
Die verschiedenen Arten von Trichophytie und deren Behandlung, von J. H. Sequeira 259
Kerion Celsi, von Bonnet 260
Die Trichophytie der unbehaarten Körperstellen, von Thibierge 260
Trichophytia barbae, von Félix Halgand 260
Skabies bei reizbarer Haut, von Thibierge 260
Behandlung der vereiterten sykosiformen Follikulitiden mit Resorcinpuder, von G. Belgodère 260
Über eine tödlich verlaufene Pyocyaneus-Infektion be einem Patienten mit Pemphigus foliaceus, von Pecori 260
Die Behandlung der Acne vulgaris, der Sykosis und Folliculitis, von M. v. Zeissl 260
Ein Fall von Pemphigus foliaceus, von H. Kanitz 261
Ein Fall von Schleimhautpemphigus, von Edmund M. Cocks 261
Ein Fall von schwarzer Zunge, von Hugo A. Kiefer 261
Varus nodulosus, von H. G. Brooke 261
Die Leukoplakie der Mundhöhle, von M. Joseph 262
Zur Ätiologie der Leukoplakia oris, von Th. Pulvermacher 262
Übertragung einer schweren, eitrigen Mundschleimhautentzündung durch den Fernsprecher, von G. Bundt 262
Zur Kenntnis der Natur der Stomatitis mit Angina ulcero-membranacea (Plaut, Vincent), von Paul Eisen 262
Pemphigus foliaceus, von Spiegler 289
Chronisches Ekzem, Lichen simplex chronicus, von Ehrmann 290
Pityriasis lichenoides chronica von Nobl 352
Psoriasis im Säuglingsalter, von Leiner 355
Ekzema marginatum chronicum, von Oppenheim 356
Ekzema flanellaire, von Weidenfeld 356
Parapsoriasis, von Finger 357
Pityriasis rosea urticata, von Hans Vörner 361
Zur Kenntnis der Pityriasis lichenoides chronica, von Erhard Riecke 361. 470
Die Veränderungen des Blutes beim Pemphigus foliaceus Cazenave, von Grinew 373
Exsudationen und Keratosen, von Selenew 375
Zur Kasuistik der Pityriasis rubra pilaris, von Eudokimow 375
Ein Fall von Ichthyosis hystrix striata bullosa, von Smirjagin 433

Seite
Ichthyosis hystrix diffusa, von Eudokimow 433
Ein Fall von Pemphigus vulgaris, von Kissel 436
Pemphigus vulgaris benignus, von Kudisch 438
Ein Fall von Psoriasis universalis auf nervöser Grundlage, von Tscherbakow. 438
Eine Epidemie von Mikrosporie in Basel, von His 474
Ikterus mit gleichzeitiger Pityriasis rosea Gibert, von Bayet 521
Einige Bemerkungen über die Behandlung der Psoriasis, von Campana 524
Scabies im Verlaufe eines in Heilung begriffenen Ekzems, von Alessandrini .. 524
Trichophyton tonsurans der Hände, von Campana 524
Ein Eall von Porokeratosis Mibelli, von Himmel 526
Beiträge zur Ätiologie der Impetigo contagiosa, von E. Bender 564
Ein Fall von Pemphigus chronicus, von Hugo Guth 566
Ein Fall von Porokeratosis Mibelli, von J. Himmel 566
Eine besondere Form von Trichophytie als Folgeerscheinung des permanenten Bades, von E. Jacobi 566
Über Leukoderma psoriaticum, von Reinhold Ledermann 567
Ein Fall von Pemphigus vegetans benignus, von Marcel Ferrand 571
Rezidivierendes Erythema scarlatiniforme, von W. Dubreuilh 572
Ekzem mit Keratosis palmaris et plantaris, von Balzer und Merle 572
Atypische Psoriasis; Lokalisation auf der Lippen- und vielleicht auch auf der Zungenschleimhaut, von Balzer und Merle 572
Nochmalige Vorstellung eines Falles von anormaler Ichthyosis mit blasigen Eruptionen, von Hallopeau 573
Psoriasis, von O. Rosenthal 625
Psoriasis, Thiopinolbäder, von O. Rosenthal 625
Über einen mittels Uviolstrahlen behandelten Fall von Ichthyosis diffusa, von Axmann 627

b) Cutis.

Abortivbehandlung der Furunkel, von Vikentiev 40
Sykosis barbae und Röntgenbestrahlung, von Reschetillo 73
Behandlung der Bubonen bei weichen Schankern nach der Bierschen Methode, von Tschlenow 74
Lichen ruber des Zungenrückens, von Ledermann 136
Lichen ruber, von Arndt 136
Lichen planus, von Arndt 136
Ob Lichen ruber eine Unfallfolge sein kann, von Heller 137
Über Lichen albus, eine bisher unbeschriebene Erkrankung, von Leo von Zumbusch 141
Zur Therapie des Lichen ruber, von Hans Vörner 143
Mykosis fungoides, von Müller 184
Lichen ruber planus, von Müller 185
Mykosis fungoides, von Zumbusch 186
Leukaemia cutis, von Finger 187
Bemerkungen über einen Fall von Aktinomykosis, von Joseph Zeisler 196
Lichen ruber verrucosus der Kopfhaut, von Arndt 232
Pemphigus vegetans: Bericht über einen Fall und Besprechung des Leidens, von James Mac Farlane Winfield 238
Die Behandlung des Favus mittels Röntgenstrahlen, von A. Huber 260
Über den Wert von Calciumjodid zur Behandlung von Geschwüren, von G. A. Stephens 263
Über die Anwendung der warmen physiologischen Kochsalzlösung in der Behandlung der Geschwüre, von Veyrassat 263
Über die antiseptische Wirkung des Menstrualblutes bei Ulcus molle, von O. v. Petersen 263
Zur Wärmebehandlung der venerischen Geschwüre und anderer Ulcusaffektionen, von Karl Ullmann 263
Behandlung der Geschwüre, von Veyrassat 264
Bemerkungen zu der Arbeit von Felix Moses über Bubonenbehandlung nach Bierscher Methode, von Max Joseph 264
Bemerkungen zu Max Josephs Bemerkung über meine Arbeit: „Über Behandlung der Inguinalbubonen nach der Bierschen Methode“, von Felix Moses 264

Seite

Das Biersche Verfahren bei Bubonen, von E. Alth und A. Huber 264
Über die Röntgenbehandlung von venerischen Bubonen, von Karl Herxheimer und Hans Hübner 265
Über eine neue Anwendungsweise der konzentrierten Karbolsäure in der externen Therapie, vor allem bei Bubonen und Furunkulose, von Werner Wolff 265
Beitrag zur Entstehung der Pyämie nach Hautfurunkeln, von Ludwik Zembrzuski 266
Zur Lokalisation des Furunkels, von S. Hirsch 266
Behandlung des Furunkels, Karbunkels und der Phlegmone, von Enderlen ... 266
Die Behandlung der Phlegmonen des Handtellers, von Loubeyran 266
Über Holzphlegmone, von Josef Narich 266
Gasphlegmone nach Perforation eines Meckelschen Divertikels, von Anton v. Khautz 266
Über Gasphlegmone, von R. Rothfuchs 267
Das Rhynophyma und seine chirurgische Behandlung, von Harry Liebmann .. 267
Zur Kasuistik der Augenerkrankungen bei Acne rosacea, von Paul Blancke ... 268
Über Granulosis rubra nasi und über Miliaria crystallina und alba, von Elisabeth Mirolubow 268
Über eine bisher nicht beschriebene Hauterkrankung (Lymphogranulomatosis cutis), von Siegfried Grosz 269
Mal perforant, von Necker 288
Mykosis fungoides, von Scherber 290
Lichen ruber planus, durch Arsen erzeugte follikuläre Hyperkeratose, von Weidenfeld 291
Die Sporotrichosis hypodermatica, von de Beurmann und Gougerot 300
Über die Acrodermatitis continua Hallopeau, von Germain Metschersky 301. 307
Zur Frage der teleangiektatischen Granuloma, von H. Bennecke 303
Über Sporotrichose, ein Fall von multiplen subcutanen Abscessen, von Louis Dor 303
Über Erysipel. Nach Beobachtungen der medizinischen Klinik in Zürich, von Siegfried Stocker 303
Über Erysipelas im deutschen Heere (1882—1902), von Max Tollkühn 304
Über Neuritis und Atrophie des Nervus opticus im Gefolge von Gesichtserysipel, von Emile-Pierre Fauveau 304
Über die Behandlung des Erysipels mit Jothion und Chinin, von Krzyszkowski 304
Elephantiasis, elephantiastische Zustände und Pseudo-Elephantiasis der Augenlider, von Frugiuele 304
Beiträge zur Kenntnis des Erythema induratum (Bazin), von Alfred Kraus 305
Über Herzkomplikationen bei Erysipel und über Erysipel bei Herzkranken, von Paul Nourry 305
Über aktive Immunität gegen Rhinosklerom- und Pneumobazillen, von Franz Erben 305
Über den Lichen ruber planus mit besonderer Lokalisation an den Schleimhäuten und Handtellern, von Ewald Strube 306
Lichen ruber der Mundschleimhaut ohne Beteiligung der äufseren Haut, von Ledermann 307
Über Jodbehandlung des Lichen ruber, von Hans Rudolf Gieseler 307
Noma, behandelt mit Formaminttabletten, von Boetticher 308
Äther- und Chloräthyl-Spray bei der Behandlung der Pustula maligna und dem Lupus, von V. Gattone 308
Die Behandlung bei äufserem Milzbrand in der Königl. chirurgischen Universitäts-klinik zu Berlin (v. Bergmann), von Karl Lengfellner 308
Ein Fall von primärem interstitiellem Anthrax beim Menschen; Septikämie; hämorrhagische Septomeningitis, von J. H. Teacher 308
Das Milzbrandödem der Augenlider 308
Aspergillomykose des Fufses, von P. Bovo 308
Ein Fall von Blastomykosis: die Resultate von Reinkultur und Impfversuchen, von John T. Bowen und S. B. Wolbach 309
Notiz über das Vorkommen von Spirochäten bei Framboesia und Granuloma pudendi, von A. Mac Lennan 309
Zwei Fälle von generalisierter Blastomykose, von C. Christensen und Ludwig Hectoen 309
Hautblastomykose beim Menschen, von A. Primrose 310
Mycetoma (Madura Foot) im Yemengebiet, von F. G. Clemow 310

Seite
Mycetoma (Madurafufs) im Yemengebiet, von W. S. Patton 310
Über die neoplastische Aktinomykose der Bauchwand, von Léon Maratuech . 310
Ein Fall von Aktinomykose der Wange; Heilung durch Jodkalium, von R. Knox 310
Noch ein Fall von Aktinomykose, von R. Knox 310
Aktinomykose der Thoraxwand, von Adolphe Henri Mancino 310
Ein Fall von Mykosis fungoides und dessen erfolgreiche Behandlung mittels Röntgenstrahlen, von G. G. Stopford Taylor........................ 310
Zwei Fälle von Mykosis fungoides, von Werther........................ 311
Die Bakterienflora des Tropengeschwürs, von M. Boucher 311
Ein Fall von Ainhum, von D. M. Alexander und R. Donaldson........... 311
Zur Therapie des Favus des behaarten Kopfteiles, von L. L. Einis 311
Erythème indurée Bazin, von Nobl 352
Mykosis fungoides, von Müller 353
Ecthyma gangraenosum, von Kren 357
Acne vulgaris, von Reitmann.. 357
Acne conglobata, von Reitmann 357
Lichen ruber accuminatus, von Finger.. 357
Uber die Beziehung der Blastomyceten zu den Hautkrankheiten, von Bogrow und Marzinowski 359
Behandlung des Erysipel, von Thomas S. Blair.......................... 363
Folliculitis (Akne) exulcerans serpiginosa nasi (Kaposi und Finger), von Giutillo 373
Zur Kasuistik der extragenitalen weichen Schanker, von Djatschkow 374
Über Pemphigus vegetans, von James Mac Forlane Winfield 424
Beitrag zur Behandlung des Ulcus molle, von Franceschini................. 430
Beitrag zur Kenntnis der pseudoleukämischen Hauterscheinungen, von Migliorini 430
Beitrag zur histologischen Untersuchung der Haarbodenveränderungen in einem Falle von Favus, von Gallia 430
Behandlung der Akne mittels Hyperämie, von Joseph Welfeld.............. 474
Phagedänische und serpiginöse Geschwüre und infektiöse Granulome, von William F. Breakey... 519
Acne hypertrophica, von Morelle.. 522
Blastomykose, von Dufour 523
Tinea achorion, von Giac. Quarta... 524
Über die Natur des einfachen kontagiösen Geschwürs, von Terzaghi......... 524
Ecthyma mycoticum? von Selenew 525
Onychia blastomycotica, von Selenew 525
Ein Fall von multipler Abscefsbildung bei einem elfjährigen Mädchen, von Lustwerk 525
Thigenol bei Erysipel, von Scherbakow...................................... 525
Dermatomykosis oder Dermatotrypanosomiasis faciei varioloides? von Selenew . 526
Zehn Fälle von Mykosis fungoides mit Bemerkungen über die Histologie und Röntgentherapie dieser Krankheit, von K. Herxheimer und H. Hübner . 566
Über Lichen ruber planus der Handteller und Fufssohlen, von Neuberger 569
Ein neuer Fall von subcutaner Sporotrichosis, von de Beurmann und Gougerot 572
Eine Ulcus molle-Epidemie, von Hallopeau 572
Ein neuer Fall von Erythrodermie mycosique, von Hallopeau und Deshayes 573
Zur Histologie des Lichen ruber verrucosus, von M. E. Polano 627

Progressive Ernährungsstörungen.

a) Maligne.

Epithelioma faciei, mit Radium behandelt, von Sokolow.................... 73
Fehler bei der Behandlung von Hautkrebs, von A. R. Robinson 138
Über die Behandlung des Hautkrebses mit Röntgenstrahlen, von Heinrich Kanitz 142
Die Umwandlung des Krebses in Bindegewebe unter dem Einflufs des Cancroïns, von Adamkiewicz.. 145
Sarcoma cutis idiopathicum, von Zumbusch................................. 186
Ein Carcinoma lenticulare mammae, von Zumbusch 186
Elephantiasis lymphangiektatika mit Sarcoma idiopathicum multiplex, von Pick 186
Pagets Disease, von Kyrle 187
Xeroderma pigmentosum, von Brandweiner................................... 189

Seite
Primäres Rundzellensarkom, warziger Tumor, von Holländer 232
Sarkome und sarkoide Geschwülste, von Gustav Fano 234
Multiples Hautcarcinom und Keratosis infolge lange währenden Arsenikgebrauches; multiple Ulcerationen der Haut aus derselben Ursache, von Jay F. Schamberg 238
Über einen ungewöhnlichen Fall von Hautmetastasen bei Mammacarcinom und über die Beziehungen dieses Prozesses zur Pagetschen Krankheit, von Felix Malinowski 243
Alveoläres Sarkom, von Scherber 290. 291
Ulcus rodens, von Pick 291
Naevogenes Alveolarsarkom, von Kyrle 295
Über die Wirkung der löslichen Produkte der Blastomyceten in ihren Beziehungen zur Ätiologie der malignen Tumoren, von Sanfelice 312
Die experimentelle Erzeugung atypischer Epithelwucherungen und die Entstehung bösartiger Geschwülste, von Bernhard Fischer 312
Über Geschwulstbildungen bei Tieren, von Karl Baumann 313
Eine Mischgewulst der Lippe mit dem Bau der Speicheldrüsengeschwülste, von Ludmilla Semjonoff 313
Über die Behandlung von Hauttumoren mittels Kauterisation, von W. R. Pujo. 313
Übertragung von Tumoren bei Hunden durch den Geschlechtsakt, von Anton Sticker 313
Einfluſs der Rasse und Häufigkeit des Krebses nach dessen Verbreitung im Kanton Bern, von Karl Kolb 314
Zur Kenntnis der Basalzellencarcinome Krompechers, speziell der basocellulären pigmentierten Naevocarcinome, von S. Reines 314
Über einige Pseudoparasiten des Carcinoms, von A. S. Grünbaum 314
Über multiples Gesichtscarcinom, von Coenen 314
Über die Carcinome der Mundschleimhaut, von Franz Thomas 315
Die in der Königl. chirurgischen Klinik zu Breslau beobachteten Fälle von Lippenkrebs aus den Jahren 1891—1901, von Br. Birke 315
Beitrag zur Kenntnis der Hautcarcinome der Nase mit Benutzung der in der Zeit vom 1. Dezember 1895 bis zum 1. April 1904 in der Königl. chirurgischen Universitätsklinik zu Göttingen behandelten Kranken, von Erich Kellner. 315
Über Radiotherapie und Carcinom 315
Zur Röntgentherapie der Carcinome und Hautkrebse, von A. Huber 315
Onkologische Mitteilungen, von Baumgarten 316
Das Epitheliom der Extremitäten, von Berger 316
Die Behandlung der Epitheliome, von Alex. Manolescu 316
Über die Behandlung der Hautepitheliome mittels Röntgenstrahlen, von J. Coriat 316
Die dermatologische Behandlung des Epithelioma cutaneum am inneren Augenwinkel, von Jacques Nicolas 316
Die Gefahren und Kontraindikationen der Radiotherapie bei den Hautepitheliomen, von Leredde 316
Zur Kenntnis des Epithelioma sebaceum penis, von J. J. Ducos 317
Das Ulcus rodens und dessen Röntgenotherapie auf Grund von drei Fällen, von Alfred Huber 317
Über die sarkomatöse Degeneration benigner Hautgeschwülste und über deren Behandlung, von Marc Bouis 318
Sarcoma multiplex haemorrhagicum pigmentosum Kaposi, von Arthur Schlesinger 318
Die späteren Ergebnisse der Behandlung von inoperablen Sarkomen mit einer Mischung der Toxine von Erysipel und Bacillus prodigiosus, von W. B. Coley 318
Sarkomatöses Unterschenkelangiom, von Borchard 318
Ein beginnendes Spindelzellensarkom der Haut, von Ernst Seckel 319
Generalisierte, multiple Pigmentsarkome, ausgehend von der Haut, von William Frick und Frank J. Hall 319
Über einen Fall von Hautmelanomen des Oberschenkels bei gleichzeitig bestehendem Cystadenoma carcinomatodes beider Ovarien, von Erich Mangelsdorf... 319
Neue Beobachtungen über die pathologische Histologie und die Behandlung des multiplen idiopathischen hämorrhagischen Hautsarkoms (Angioendothelioma cut. Kaposi), von Radaeli 319
Über subcutane Sarkoide, von J. Darier und G. Roussy 320

Seite
Epithelioma cutis faciei, mit Radium behandelt, von Sokolow 358
Drüsenkrebs der Mamma unter dem klinischen Bilde von Pagets Disease, von J. Kyrle 360
Sarkome und sarkoide Geschwülste, von Gustav Fano 361
Technik bei der Behandlung des Epithelioms, von Kennon Dunham 362
Zwei Fälle von Sarcoides subcutaneum, von Georges Thibierge und Benjamin Bord.. 367
Ein mit Radium behandeltes Cancroid des rechten unteren Lides, von Boikow 375
Zwei Fälle von Xeroderma pigmentosum Kaposi, von Roman Leszczynski .. 432
Ein Fall von Sarcoma multiplex, von Terebinski 433
Xeroderma pigmentosum Kaposi s. Carcinomatose épithéliale, von Kudisch.... 433
Drei Fälle von Xeroderma pigmentosum in einer Familie, von Kudisch....... 436
Sarkome und sarkoide Geschwülste, von Gustav Fano 470
Behandlung des Carcinoms, besonders des Uterus-Cervixcarcinoms, von George Gallagher Hopkins 474
Über einen Fall von Xeroderma pigmentosum Kaposi, ohne Pigmentation, von Ch. Audry 476
Epitheliom des rechten Handrückens, von Dufour.......................... 521
Sarcomatosis haemorrhagica multiplex, von Bayet 522
Epitheliom, von Morelle... 522
Klassifizierung der Hautkrebse, von Morelle............................... 522
Kankroid, von Morelle... 523
Beitrag zum Studium der Hautsarkoide, von Henri Halkin.................. 566
Beitrag zur Histologie der durch Röntgenstrahlen verursachten Veränderungen bei malignen Tumoren der Haut, von Thomas v. Marschalko.......... 568
Ausgedehntes Epitheliom des Gesichtes. Abtragung. Sekundäre Transplantation, von M. Morestin.. 572
Die Kontraindikationen der Röntgenbehandlung bei den Hautepitheliomen. Pagetsche Krankheit und Röntgenbehandlung, von Leredde 573
Zwei Fälle von Pagetscher Krankheit behandelt mit Röntgenstrahlen nebst dem Ergebnis der in einem der beiden Fälle nach langdauernder Behandlung vorgenommenen histologischen Untersuchung, von M. B. Hartzell........... 573

b) Benigne.

Multiple Endotheliome der Kopfhaut, von Paul Haslund................ 33. 140
Die Behandlung der Lipome mittels der Röntgenstrahlen, von Barjon......... 79
Xanthoma tuberosum, von Riehl 186
Adenoma sebaceum Pringle, von Reitmann 186
Mollusca contagiosa, von Zumbusch 188
Ein Fall multipler Leiomyome der Haut, von Wallace Beatty 194
Lymphangioma circumscriptum, von S. Pollitzer 194
Experimentelle Erzeugung von Hidrocystomen, von Tonsimatsu Schidachi.. 233
Teleangiectasia annulata oder Purpura teleangiectodes annularis, von Kren 292
Zur Kasuistik der subcutanen Geschwülste an den Fingern, von Durlacher... 320
Allgemeine Neurofibromatose, von Louis Rénon............................ 320
Ein interessanter Fall von diffuser Neurofibromatose. Recklinghausensche Krankheit, von Pastine... 321
Ein Beitrag zur Neurofibromatosis Recklinghausen, von Otto Kren 321
Multiple symmetrische Lipome, von G. Eckstein............................ 321
Lipoma multiplex symmetricum, von Ernst Spitzer.......................... 321
Symmetrische Handrückenlipome bei Togo-Negern, von Max Martin.......... 322
Molluscum contagiosum, von Thibierge..................................... 322
Untersuchungen über die sogenannte Taubenpocke (Epithelioma contagiosum), von Waldemar Loewenthal 322
Über einen Fall von Epithelioma adenoides cysticum (Brooke), von L. L. Kleintjes 323
Gutartiges Cysten-Epitheliom, von John J. Shoemaker und A. Napoleon... 323
Vier Fälle von Epithelcysten, von Leopold Klein........................... 323
Cornu cutaneum am Kopfe eines Menschen.................................. 324
Studie über Hauthörner, von Ch. F. M. Bizièrer........................... 324
Behandlung der Keloide mit Strömen von hoher Frequenz, von F. Redard und G. Barret 324
Ausgebreitete Keloidbildung nach Verbrennung, von H. Steinheil............ 324

Seite

Multiple Neurome der Haut, von William Edgar Darnall 324
Beitrag zum Studium der cutanen Myome, von Eugène Genevois 324
Über Lymphangiektomia auriculi (Othaematoma spurium), von Hans Vörner .. 324
Über Lymphangioma cutis, von M. Surawitsch 324
Angioma arteriale racemosum capitis, von Sylvain Wolf 325
Ein Fall von diffusem Angioma cavernosum am Arm, von Paul Wieczorek .. 325
Ein Fall von linksseitigem cavernösen Angiom der Unterextremität, regg. glutaealis, perinealis et pudendalis (Elephantiasis teleangiectodes), von H. Heide 326
Das Impfen von Angiomen, von Hansen 327
Ein Fall von Haemangoendothelioma perivasculare nasi, von Wilhelm Mannel 327
Zwei Fälle von Adenomata sebacea, von B. Drabkin-Slutzky 327
Adenom der Knäueldrüsen, von H. Martini 327
Über einen Fall von Cystadenoma papilliferum der Ceruminaldrüsen mit multipler halbseitiger Hirn- und Cervicalnervenlähmung, von Karl Walko 327
Ein Fall von zahlreichen verkalkten Knoten in der Haut und dem Unterhautzellgewebe, von Timascheff und Romanow 328
Endothelioma cysticum cutaneum, von Delfino 328
Lipomatosis symmetrica multiplex, von Reines 356
Lymphomata colli, von Reitmann 357
Acanthosis nigricans, von Bogrow 358
Folliculitis (Sycosis) scleroticans, von Samberger 359
Zur Kenntnis des „Adenoma sebaceum Pringle“ (Naevus multiplex), von Karl Reitmann 360
Fibroma molluscum, von A. Ernest Gallant und Ernest Ellswooth Smith 364
Zur Parasitologie der Verruca vulgaris, von Max Schueller 364
Zur Pathologie der selbständigen Talgdrüsen; a) Cheilitis exfoliativa et Keratosis follicularis und b) Adenomatosis hypertrophica cystoides labiorum minorum vulvae, von Selenew 373
Zwei Fälle von sog. Lymphangioma cutis circumscriptum, von Schor 375
Über Syringocystoma, von Charles White 425
Neurofibromatose oder Recklinghausensche Krankheit, von Edward Quick 473
Weiche Fibroma, von Serenin 514
Lokalisiertes Neurofibrom, von Metscherski 514
Keloide, von Serenin 514
Naevi cystepitheliomatosi disseminati (Lymphangioma tuberosum multiplex Kaposi; Hidradenoma eruptivum Jacquet und Darier), von George Pernet 517
Neurofibrome, von Bayet 521
Generalisiertes Xanthelasma, von Dubois-Havenith 522
Über Pseudoxanthoma elasticum und über kolloide Degeneration der Haut, von K. Dohi 565
Über das Pseudoxanthoma elasticum, von Fritz Juliusberg 566
Ausgedehntes Angiom des Gesichtes bei einer Negerin, von M. Morestin 572
Plane Warzen, von Fischel 625
Tuberöses Xanthom, von Fischel 625
Purpura annularis teleangiectodes Majocchi-Brandweiner, von Arndt 625

c) Pigmentanomalien.

Artefizielle Hyperpigmentation, von Ernst Spitzer 187
Über Melanome, von Helmuth Kuntz 378
Über dem Mongolenfleck analoge Stirnflecke neugeborener Kinder, von Julius Zappert 379
Zum Morbus Addisonii, von Alfred Wölfel 379
Blutdruck und Pigmentierung bei Morbis Addisonii, von A. R. Short 379
Beiträge zur Hämatologie der Addisonschen Bronzekrankheit, von Louis Pierre Colat 380
Über die Beziehungen von Erkrankungen der Nebennieren zu Morbus Addisonii (im Anschlufs an einen Fall von totaler Nebennieren-Tuberkulose ohne Addison), von Karl Engelmann 381
Addisonsche Krankheit und Lumbarsyndrom, von A. Muzzi 381

Seite

Regressive Ernährungsstörungen.

Über idiopathische Hautatrophie und Sklerodermie, von Paul Busch 36
Dermatitis vegetans, von W. T. Corlett 139
Lupus erythematosus, von Müller 185
Lupus erythematosus discoides, von Reines 185
Sklerodermie, von Kren 186
Atrophia cutis idiopathica, von Fasal 188
Multiple Spontankeloide, von Zumbusch 188
Atrophia cutis idiopathica, Sklerodermie, von Ehrmann 190
Circumscripte idiopathische Hautatrophie, von Reines 190
Über die Pseudo-Alopecia areata (pseudo-pelade) von Brocq, von Sozzentino .. 201
Idiopathische Hautatrophie, sklerodermieartige, von Arndt 232
Über Lupus erythematodes des Lippenrots und der Mundschleimhaut, von Otto Kren 233
„White-Spot Disease" (Morphoea guttata) und Lichen planus sclerosus et atrophicus. Eine klinische und histologische Studie über drei Fälle, mit Literaturübersicht, von Frank Hugh Montgomery und Oliver S. Ormsby 237
Die Nichtkontagiosität der Area Celsi, von L. Butte 243
Über die Nichtkontagiosität der Alopecia areata, von Duguet 243
Lupus erythematosus, Lupus vulgaris, von Ullmann 288
Vitiligo, von Leiner 288
Lupus erythematosus, von Spiegler 289. 289
Diffuse Sklerodermie, auch am Frenulum linguae, von Kren 289
Acrodermatitis atrophicans Herxheimer, von Ehrmann 290
Lupus erythematodes, von Ullmann 291
Folliculitis decalvans, von Mucha 295
Sklerödem, von Pinkus 351
Atrophia cutis idiopathica, von Kren 357
Beziehung der Erkrankungen der Thyreoidea zu Vitiligo, von Artur E. Hertzler 363
Bemerkungen über das Verhalten des Blutes bei der Sklerodermie, von E. Constantin und Levrat 367
Ein Fall von Urticaria perstans mit Pigmentation und Alopecia areata, von Werschinin 374
Die Krankheiten des behaarten Kopfes, von W. Schiele 381
Frühzeitiges Ergrauen der Cilien und Bemerkungen über den sogenannten plötzlichen Eintritt dieser Veränderungen, von Alfred Vogt 381
Zur Kenntnis der Aplasia pilorum intermittens (Monilithrix, Spindelhaare), von Clara Hübschmann 382
Über den therapeutischen Wert der Resektion der Saphena in der Behandlung der Varicen, von Emile Rouquette 383
Über Totalresektion der varikösen Saphena, von M. Guibé 383
Über rationelle ambulante Behandlung der varikösen Venen und Geschwüre der Unterschenkel, von K. Lossen 383
Beitrag zur Kenntnis der chirurgischen Behandlung variköser Ulcera, von Ferdinand A. Jasseron 383
Beitrag zur chirurgischen Behandlung variköser Ulcera, von Marie Tessène .. 383
Über die Behandlung der Varicen und varikösen Geschwüre, von Ernest Poutain 383
Über Behandlung der Hämorrhoiden, von Riedinger 384
Über eine von Varicen des Unterschenkels ausgehende eigentümliche Geschwulstbildung (Angiosarkom), von Borchard 384
Ein Fall von Atrophia cutis idiopathica (Typus Herxheimer), von Erich Bach 384
Beiträge zur Klinik und Pathologie des Lupus erythematodes, von Georg Chaussy 385
Bericht über experimentelle Versuche, Haarschwund beim Menschen zu inokulieren, von H. Spiral 386
Ein Fall von Xeroderma pigmentosum, von Terebinski 386
Der Hochfrequenzstrom in der Behandlung der frühzeitigen Alopecie, von George M. MacKee 386
Ein Beitrag zur Kenntnis der Area Celsi. Pseudo-Kontagium und falsche Epidemien, von L. Jacquet 386

Seite

Zur Pathologie der Sklerodermie und des Morbus Basedowii, von Ferdinand Kornfeld ... 387
Über den Zusammenhang von Sklerodermie mit Morbus Basedowii, von R. Freund 387
Sklerodermie und Raynaudsche Krankheit, von J. D. Straschimir ... 388
Ein Fall von Sclerodermia diffusa, von O. Straume ... 388
Über zwei Fälle von Sklerodermie, von Hermann Hensel ... 388
Zwei Fälle von Sklerodermie, von Hamutina ... 388
Mikroskopische und chemische Untersuchungen bei einem Falle von Sclerema neonatorum, von G. Carpenter und S. Neave ... 388
Bericht über Sclerema neonatorum bei Zwillingen, von B. Addenbrooke ... 389
Zwei Fälle von Sclerema neonatorum, von W. A. Hubert ... 389
Ein Fall von Sclerema neonatorum, von R. Waterhouse ... 389
Die Behandlung der Sklerodermie, von Huchard ... 389
Petrificatio cutis, von Licharew ... 515
Fall zur Diagnose, Atrophodermie, von Dubois-Havenith ... 521
Über rationelle ambulante Behandlung der varikösen Venen und Geschwüre der Unterschenkel, von Lossen ... 562
Über Lupus erythematodes im Kindesalter, von Galewsky ... 565
Die heutigen Ansichten über die Natur des Lupus erythematosus, von A. Civatte 572
Atrophia maculosa cutis, von Boikow ... 575
Erythrodermie, von Roscher ... 624
Circumscripte Depigmentierung, von Arndt ... 625
Gürtelförmige Vitiligo, von Bruhns ... 625

Idioneurosen.

Behandlung des Hautjuckens, von Wermel ... 75
Über das Jucken, von L. Török ... 389
Prurigo, Pruritus und andere juckende Dermatosen, von Oliver S. Ormsby ... 390
Über Prurigo haemorrhagica, von Hans Vörner ... 390
Über Pruritus ani und Orthoformdermatitis, von Max Joseph ... 390
Bromotan, ein neues Mittel gegen Juckreiz, nässende Ekzeme usw., von Hans Rockstroh ... 390
Über Anaesthesin-Ritsert als juckstillendes Mittel, von E. Freund ... 391

Sekretionsanomalien.

Über eine mit Schwellung einhergehende Hypersekretion der Schweiſs- und Talgdrüsen in der Achselhöhle während des Wochenbettes, echte Milchsekretion vortäuschend, von Ludwig Seitz ... 391
Die Behandlung der Hyperhidrosis mit Vestosol, von Edmund Saalfeld ... 391
Ein Fall von Hyperhidrosis mit lokaler Applikation von Hochfrequenzströmen behandelt, von Max Kahane ... 391
Hyperhidrosis und Bromhidrosis axillarum, von Leredde ... 392
Über die Prophylaxe der Fuſskrankheiten in der Armee, von Fritz Bethke ... 392
Zur Behandlung des Schweiſsfuſses in der Armee, von Fischer ... 392

Saprophyten und Fremdkörper.

Myiasis dermatosa, von August Strauch ... 196
Dhobie auf den Philippinen. Persönliche Beobachtungen, von Thomas J. Strong 362
Ein Fall von allgemeiner Argyrie, von R. A. Allen ... 392
Über Ikterus epidemicus, von Wolferz ... 392
Ikterus im Verlaufe von Scharlach, von Wilh. Kaupe ... 392
Ein Fall von künstlich erzeugtem Hautemphysem, von P. Pregowski ... 393
Die Pityriasis versicolor, eine tuberkulöse Dermatomykose, von M. Piéry und Renoux ... 393
Über den neuen Infektionsweg der Ankylostomalarve durch die Haut, von W. Schüffner ... 393
Ein Fall von disseminierter Tinea circinata corporis, von Ohmann-Dumesnil 394
Erythema autumnale. Ernteausschlag, Prurigo du rouget, von J. C. Thresh ... 394
Die Fliegenkrankheit und ihre Behandlung, von J. A. Roorda Smit ... 395
Echinococcus der Orbita, von Barabaschew ... 436

Mifsbildungen.

Seite

Zu der Arbeit Galewskys: Über eine noch nicht beschriebene Haarerkrankung (Trichonodosis), von Edmund Saalfeld ... 33
Naevus vasculosus faciei, mit Radium behandelt, von Sokolow ... 73
Über Naevus anaemicus, von Hans Vörner ... 143
Hypotrichosis localis congenita, von Leiner ... 187
Beitrag zum Studium der Trichorrhexis nodosa, von Lassneur ... 199
Über einen seltenen Fall von Naevus unius lateris (Naevus porokeratodes), von J. Fabry ... 235
Trichonodosis, von Riehl ... 289
Ein Fall von Trichonodosis, von J. M. H. Macleod ... 299
Naevus papillaris capillitii, von Sokolow ... 358
Ein Fall von Naevus pigmentosus pilosus verrucosus, von Kudisch ... 374
Zwei Fälle von Muttermälern: 1. Naevus pilaris pigmentosus et verrucosus und 2. Naevus verrucosus linearis et ichthyosiformis, von Brytschew ... 374
Ein Fall von totaler angeborener und bleibender Atrichie, von Curt Hoffmann 395
Beitrag zur Kenntnis der Naevi als Zeichen der Malignität bei Tumoren (Trelatsches Symptom), von J. L. de Boucaud ... 395
Über maligne Degeneration der Naevi, von J. Hiteff ... 395
Ein Fall von Naevus pigmentosus pilosus, von H. E. Schmidt ... 396
Über pigmentierte, schwimmhosenartige Naevi, von Guido Bohm ... 396
Unsere bisherige Kenntnis der angeborenen Haarlosigkeit des Menschen nebst einem neuen Beitrage, von Alfons Singer ... 442
Die Beziehungen zwischen einem Hautnaevus und dem segmentalen Nervengebiete, von G. L. Cheatle ... 443
Beiträge zur Lehre der symmetrischen Gesichtsnaevi, von J. Csillag ... 443
Heilung von Naevis vasculosis durch spontane Ulceration, von Alphonse Gorisse 444
Blauer Naevus, von Tieche ... 474
Ein Fall von narbenartiger Hautmifsbildung bei Mutter und Kind, von A. Fruhinsholz ... 476
Zur Kasuistik der Hypotrichosis congenita familiaris, von Th. Baer ... 563
Zur Kenntnis der systematisierten Naevi (Naevi lineares), von Bernhard Selger 570
Naevi, von Roscher ... 624

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Die Behandlung der Urogenitaltuberkulose mit Tuberkulinpräparaten, von de Keersmaecker ... 34
Über die Flora der Geschlechtsorgane im gesunden und kranken Zustande, von Leon Karwacki ... 41. 202
Gründung einer Deutschen Gesellschaft für Urologie ... 77
Mitteilung: „Zeitschrift für Urologie“ ... 77
Zehnter Kongrefs der Association française d'Urologie, Oktober 1906, von O. Mankiewicz ... 77
Ein neues Urinal für Frauen, von P. Wulff ... 191
Bornyval in der urologischen Praxis, von M. Lubowski ... 237
Arthritis durch venerische Krankheiten, von Henry W. Frauenthal ... 362
Thermotherapie in der Behandlung der venerischen Krankheiten, von Karl Ullmann ... 362
Handschuhe in der Chirurgie der Geschlechts- und Harnkrankheiten und die Anwendungsart derselben, von Douglas H. Stewart ... 364
Spinalanästhesie durch Amyl. hydrochlor. in der Chirurgie der Harnwege, von W. Wayne Babcock ... 365
Hydraulischer Erweiterer zur Diagnostik und Behandlung von Strikturen usw., von Bokaleinik ... 374
Die hydrostatische Methode bei urogenitalen Leiden, von Rothmann ... 375
Ein neuer Operations- und Untersuchungstisch für urologische Zwecke, von Rob. Duhot ... 444

Seite

Klinik der Krankheiten der Harnwege, von Albarran 444
Bakteriologische Befunde bei den infektiösen Erkrankungen der Harnorgane und ihr praktischer Wert, von F. Suter 444
Wie breitet sich die Genitaltuberkulose aus? („Ascension“ und „Descension“), von O. R. Teutschlaender 445
Beitrag zur Frage der aufsteigenden Tuberkuloseinfektion des Harnapparates, von R. Giani 445
Experimente über die Ausbreitung der Urogenitaltuberkulose bei Sekretstauung, von Max Kappis 446
Die Diagnostik der Urogenitaltuberkulose aus der mikroskopischen Untersuchung des Harns, von J. Moscu 446
Über den anatomischen Befund am Urogenitalapparate eines 57 jährigen Paranoikers, 26 Jahre nach Selbstkastration, von Ernst Kalmus 446
parteinsulfat als Heilmittel in der Behandlung postoperativer Urinretention, von Stuart McGuire 473
Circumcision, von Richard A. Barr 474
Sexualanästhesie beim Weibe, von B. S. Talmey 474
Die tuberkulösen Affektionen der Geschlechtsorgane, von Ernst R. W. Frank. 575

a) Penis, Urethra und Blase.

Über Malakoplakie der Harnblase, von Zangemeister 35
Zur Kasuistik der Steine der prostatischen Harnröhre, von Polya 35
Ein eigentümlicher Blasenstein, von O. Madelung 76
Cysten der Blasenschleimhaut, von L. Suarez 77
Ein Fall von Zertrümmerung eines Fremdkörpers in der Blase, von S. Grosglik 77
Zur Anatomie und Entwicklungsgeschichte der Harnröhre des Mannes, von Rudolf Paschkis 191
Balanitis und Balanoposthitis nach Einwirkung von Euphorbiaceen, von Duca.. 199
Harnröhrenpapillome auf syphilitischer, tuberkulöser und neurotrophischer Basis, von Galimberti 199
Über die für Bilharziakrankheit typischen Urethralfisteln, von Carl Goebel.... 296
Ein bequemer und praktischer Handgriff zur Valentinlampe für Urethralendoskopie, von Karl Ullmann 297
Spülcystoskope, von O. Ringler 297
Über die Verwendung des Nitzeschen Cystoskops in der luftgefüllten Blase der Frau, von Stoeckel 298
Über Cystitis glandularis und den Drüsenkrebs der Harnblase, von Stoerck und Zuckerkandl 298
Herpes zoster des Penis, von John A. Hawkins 363
Rationelle Behandlung der Urethritis, von Noah E. Aronstam 363
Behandlung der Cystitis beim Weibe, von Arch. Dixon 364
Funktionelle Erkrankung der Urethra beim Weibe, von A. Cincinnatus 364
Blasenstein, durch eine Nadel verursacht, welche vom Darmkanal in die Blase gewandert war, von Albert H. Cordier 364
Urethralpolypen in der Menopause, von Frederik Greenbaum 365
Pathologische Verhältnisse der Urethra, durch Urethroskopie diagnostiziert, von Noah E. Aronstam 365
Ein Fall von Doppelbildung der Urethra, von Dedjurin 377
Kokainöl bei Harnkranken, von Raymond Bonneau 426
Drei Fälle von Blasentumoren ohne Hämaturie, von Barthélemy Guisy..... 427
Dehner und Spüldehner bei Behandlung der Urethritis, von Berger 437
Zur Behandlung der Strikturen der Urethra, von H. Wossidlo 437
Ein Fall von seltener Steinbildung in der Harnblase, von E. Frank 437
Ein gewöhnliches Stativ für Cystoskopie, Urethroskopie und analoge Instrumente, von E. Frank 437
Ein Fall von urethralem Defekt infolge von phagedänischem Schanker, von E. Frank 438
Enuresis nocturna, von Kühner 446
Incontinentia urinae. Behandlung durch Bildung einer Blasenscheiden-Mastdarmfistel, verbunden mit Verschluß des Introitus vaginae, von Reuben Peterson 446
Über Enuresis und ihre suggestive Behandlung, von H. Delius 447

Seite

Zur Therapie der Enuresis nocturna, von E. von Vietinghoff-Scheel...... 447
Eine neue Anwendungsweise von Strychnin und Hydrastis bei sexueller und Blasenschwäche, von William J. Robinson 447
Über den therapeutischen Wert des Pyrenols nebst Bemerkungen zur Frage der Salicylwirkung auf das Urogenitalsystem, von Fritz Loeb 447
Hypospadie in Kombination mit hochgradiger Phimose, von Ernst Klindt 448
Eine modifizierte Endoskopröhre und Endoskopmesser, von Freder. Bierhoff. 448
Heilung einer alten Phimose durch Dilatation des Präputiums mittels des Druckes einer Wassersäule, von Rosière 448
Über eine erfolgreiche Übertragung von Balanoposthitis circinata auf einen Schimpansen und die Tätigkeit der Spirochaeta refringens dabei, von Levaditi.. 448
Über Priapismus, von H. Lohnstein 448
Plastische Induration des Penis, von Hermann Neumark..................... 449
Über die Induratio penis plastica, von Ludwig Waelsch 449
Einschnürung des Penis, von Türk 450
Die Bakterien der Harnröhre unter normalen Verhältnissen und bei Blennorrhoe, von Rodolfo Stanziale... 450
Mikrococcus fallax, species nova. Ein Beitrag zur Flora der Urethritiden, von Emile Rousseau... 450
Folliculitis fibrosa urethrae, von J. Sellei 450
Rupturen der Urethra im perinealen Gebiete innerhalb des Beckens, von E. Deansley 450
Ein Fall von Einkeilung einer Hutnadel in der Urethra, von H. Salomon..... 451
Zur Kasuistik der Harnröhrensteine, von K. Radlmesser................... 451
Ein Fall von Urethrovesikalstein im Gewichte von 50 g, von Samuel E. Earp 451
Über kongenitale Verengerungen der Harnröhre, von E. Foisy 451
Zur Kasuistik der Obturationsstenosen der Harnröhre, von A. Stenczel....... 451
Die Erweiterung der Urethra mittels dehnbarer Instrumente, von F. C. Valentine und F. M. Townsend... 451
Die Wirkung von Fibrolysininjektionen bei Harnröhrenverengerungen, von Schourp.. 451
Über Exzision der Harnröhrenstrikturen, von Felix Majewski............... 452
Die Behandlung der Strikturen mittels Elektrolyse, von A. Emödi und J. Spitzer 452
Autokatheterismus, von Duhot... 452
Modifikation von Reeses Urethralirrigator, von Luther G. Paul.............. 452
Ein neuer Injektionsapparat für die Urethra, von Raymond Bonneau 452
Katheterismus und Operation. Ihre wechselseitigen Beziehungen bei Prostatahypertrophie, von Leon Charrasse 453
Zur Frage der Kathetersterilisation, von R. Hottinger und O. Kollbrunner 453
Die Orthocystoskopie, von Julius Weinberg.............................. 453
Harnröhrendivertikel und -Ausbuchtungen, von Noah E. Aronstam.......... 453
Verband nach Sectio alta vesicae, von G. H. Colt 454
Ein Fall von intraperitonealer Blasenruptur, von Krueger........... 454
Über die Bedeutung der Blasentuberkulose und die Heilbarkeit derselben, von Thorkild Rovsing 454
Ist die Harnblase im normalen Zustande für Bakterien durchgängig? von Livio Vincenzi 455
Über Mischgeschwülste der Blase im Kindesalter, von Rudolf Friedrich Müller... 455
Zur Pathologie und Therapie der gutartigen Harnblasengeschwülste, von M. Heinrich 455
Über Rezidive von Blasenpapillomen, von Alfred Molas 455
Über Rezidive von Blasenpapillomen, von M. F. Legueu 456
Zur operativen Behandlung maligner Geschwülste der Harnblase, von Otto Lüders... 456
Über einen Fall von Plattenepithelkrebs einer ekstrophierten Harnblase und seine operative Behandlung, von Paul Keller.............................. 456
Über Carcinom der ektopierten Blase nebst Urinuntersuchungen in zwei Fällen von Blasenektopie, von Rudolf Henking 456
Exstirpation eines Blasensarkoms unter Resektion der Symphyse, von Wilhelm Voigt 456

Seite
Über einen Fall von Sarkom der Harnblase, von Karl Jäger ... 456
Eigenartiger Fremdkörper in der Blase, von J. F. Baldwin ... 456
Blasenstein, Sectio alta vesicae, Genesung, von E. Huntley ... 456
Über einen Blasenstein mit Wachskern, Krankengeschichte und Beitrag zur Frage der diagnostischen Verwendung der Röntgenstrahlen bei Harnkonkrementen, von Alfred Rothschild ... 456
Erfolgreiche Entfernung einer filiformen Bougie aus der Harnblase eines Mannes durch endovesikale Manipulationen, von Victor D. Lespinasse ... 456
Ein Fall von Totalexstirpation der Blase mit Einpflanzung der Ureteren in die Flexura sigmoidea, von Kurt Jaeger ... 457
Die Cystitiden nach gynäkologischen Operationen, von Guyon ... 457
Die Therapie der akuten und chronischen Cystitis, von S. Ehrmann ... 457
Ein Vorschlag zur Vermeidung der Kathetercystitis, von Ottfried O. Fellner 457
Neuer experimenteller Beitrag zur Entstehung der Cystitis cystica, von R. Giani 457
Über Behandlung der Cystitis. Erwiderung, von Boss ... 458
Antwort auf vorstehende Erwiderung, von Hochheim ... 458
Die Behandlung der Cystitis mittels Alkohol, von J. Sellei ... 458
Fremdkörper in der Blase, von Samuel G. Gibbs ... 473
Extraperitoneale Blasenruptur, von John Egerton Cannaday ... 474
Nervöse Zustände, veranlaſst durch Phimosis und Vorhautadhäsion, von Cecil A. Butler ... 474
Balanitis erosiva und gangraenosa, von Scherber ... 474
Fremdkörper in der Urethra, von John J. Conner ... 570
Ein interessanter Fall von Blasendivertikel, von Moran ... 630
Narbige Verengerung der Pars bulbosa urethrae, von Gröll ... 630
Einklemmung von Uretersteinen in der Pars prostatica urethrae, von E. D'Haenens ... 631

b) Hoden und Samenblasen.

Beiträge zur Behandlung der sexuellen Impotenz, von A. Schweitzer ... 76
Die Barberiosche Reaktion auf Sperma, von Posner ... 298
Chirurgische Behandlung der Hodentuberkulose, von Charles G. Foote ... 363
Behandlung der Samenbläschenentzündung, von James P. Tuttle ... 364
Vereiterung der Samenstränge und Behandlung durch Injektionen in das Vas deferens, von William T. Belfield ... 364
Studie über die Wolffschen Cysten des Samenstranges, von Vautrin und Apffel 370
Ein Fall von Nebenhodenabsceſs, von Burshalow ... 375
Die Impotenz und ihre Behandlung, von Dammann ... 481
Über die therapeutische Anwendung des Yohimbin „Riedel" als Aphrodisiacum, mit besonderer Berücksichtigung der funktionellen Impotentia virilis, von Rudolf Topp ... 481
Zur Therapie der Impotentia coeundi, von Steiner ... 482
Beitrag zum Studium der freien organischen Körper im Innern der Hodenserosa, von Coletti ... 482
Behandlung von Kryptorchismus, von L. Fraser ... 482
Die Hodenverlagerung, von Kirmisson ... 482
Zur chirurgischen Behandlung der Hodenektopie beim Kind, von Emile Leuthreau ... 482
Operationstechnik bei Hodenektopie, von E. Forgue ... 482
Zur Kenntnis der malignen Hodengeschwülste bei inguinaler Ektopie, von G. A. J. Tuder ... 483
Über den Krebs des ektopischen Hodens beim Erwachsenen, von L. J. A. J. Burgaud ... 483
Über einige neue Operationsmethoden am Hoden und seinen Adnexen, von Prosper Duménil ... 483
Seltene Form eines malignen Hodentumors, von William A. Rolfe ... 483
Ein Fall von hämorrhagischem Infarkt und Nekrose des Hodens, von Lehmann 483
Beiträge zur Kenntnis der histologischen Vorgänge bei Orchitis suppurativa. (Multiple Hodenabscesse im Gefolge des Katheterismus), von J. D. A. D. D. Thaly ... 483
Über einen Fall durch den Bacillus pneumoniae Friedländer hervorgerufener abscedierender Orchitis und Epididymitis, von A. Speck ... 483

Seite
Klinischer Beitrag zur künstlichen Anastomose der beiden Hoden wegen Nebenhodentuberkulose, von Sotis 483
Die Verhütung der Epididymitis, von William T. Belfield 483
Das Antigonococcusserum von Roger und Torrey bei Epididymitis, von George Knowles Swinburne 484
Über das Epithel im Nebenhoden des Menschen, von R. Ikeda 484

c) Prostata.

Die Prostatitis chronica cystoparetica, von Goldberg 35
Über die operative Technik der transvesikalen Prostatektomie, von Pierre Duval 78
Die Gonosantherapie bei Cystitiden der Prostatiker, von Keil 191
Zur Frage der Therapie diverser Prostataaffektionen mittels der Bierschen Stauung, von Wasserthal 297
Die Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen, von Schlagintweit 298
Nichtchirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie, von William Fuller . 364
Die Behandlung nach Prostatektomie, von Joseph B. Bissel 364
Noli me tangere: die Prostata, von Frederik R. Sturgis 364
Behandlung der Prostatahypertrophie, von George Tully Vaughan 365
Die Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen, von André Tansard und Georges Fleig 370
Untersuchungen über die Lymphgefäfse der menschlichen Prostata, von Caminiti 484
Die Cytologie des Prostatasekretes mit Rücksicht auf die Phagokaryose, von J. Sellei 485
Beitrag zur Kenntnis der chronischen Prostatitis urethralen Ursprungs, von A. Ch. P. Quenay 485
Über die Rolle der Prostata in der Genese der spontanen Urethritis, von P. Serrière 485
Eine neue Behandlungsmethode der Prostata- und Samenbläschenaffektionen, von E. Boross 485
Ursachen und Behandlungsmethoden schwerer Blutungen der Prostatiker, von B. Goldberg 485
Die Blutungen und die Hämorrhagien der Prostatiker, von Guyon 485
Zur Kenntnis der malignen Prostatatumoren, von Paul Hallopeau 485
Zur chirurgischen Therapie des Prostatakrebses, von J. L. M. Fournier 485
Beitrag zur Kasuistik der Prostatasarkome im kindlichen Alter, von Paul Fränkel 486
Frühdiagnose und chirurgische Behandlung des Prostatacarcinoms mit besonderer Berücksichtigung der Bottinischen Operation als Palliativverfahren, von Walter Fürstenheim 486
Beitrag zur Kenntnis der Beziehungen zwischen Prostatakrebs und Prostatahypertrophie, von A. Bérard 487
Besteht ein Zusammenhang zwischen Prostatitis und Prostatahypertrophie? von Berthold Goldberg 487
Prostatitis chronica „cystoparetica“, von Berthold Goldberg 487
Untersuchungen über die Entstehung der Prostatahypertrophie, von B. Motz und Perearnau 487
Über Prostatahypertrophie, von Neuhaus 488
Die Behandlung der Prostatiker durch den praktischen Arzt, von Jeanbrau ... 488
Zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von Rörig II (Reinhard) 488
Konservatismus in der Behandlung der senilen Hypertrophie der Prostata, von John van der Poel 489
Die Anwendung von Extract. suprarenale zur Erleichterung der Katheterisation von Patienten mit Prostatahypertrophie, von A. E. Prince 489
Die Anzeigen zur Radikaloperation der Prostatiker, von B. Goldberg 489
Wann, wie und warum mufs man zur Prostatektomie raten? von F. Cathelin. 490
Anzeigen zur Prostatektomie und die Erfolge der Operation, von Alexander Hugh Ferguson 490
Über Prostatektomie, von Gustav Lochner 490
Prostatektomie wegen Prostatahypertrophie, speziell in bezug auf die Leistungen amerikanischer Chirurgen, von Ramon Guiteras 490

Seite

Beitrag zur Kasuistik der transvesikalen Prostatektomie (Freyersche Operation), von E. Remete 491
Ein Fall von Sectio alta vesicae und Enukleation der Prostata bei einem Greis; Heilung, von H. Littlewood 491
Suprapubische Enukleation der Prostata bei einem 78jährigen Patienten, von C. E. Bell 491
Santyl bei Prostatacystitis, von Arnold Strassmann 516
Beitrag zum anatomischen und klinischen Studium der Prostatacarcinome, von B. Motz und F. Majewski 628
Vergleich der Resultate bei perinealer und bei suprapubischer Prostatektomie, von Alf. Pousson 629
Ein interessanter Fall von Prostatacarcinom, von Rochet und Thévenot 630

d) Nieren, Ureteren und Harn.

Über Hämaturie, von N. N. Petroff 236
Über Lipurie, von De Keersmaecker 297
Diagnostischer Wert der Leukorrhoe, von Robert Allen Gamble 363
Behandlung bei Steinen im unteren Teil des Ureters beim Weibe, von Edgar Garceau 363
Nephroptosie und ihre Behandlung, von Bynon Robinson 364
Behandlung der Pyelitis durch Nierenspülung, von Lewis W. Bremerman... 365
Beitrag zum Studium der durch maximale Senkung der rechten Niere hervorgerufenen Erscheinungen, von P. Alglave 426
Über eine seltene, mit Hämaturie einhergehende Erkrankung der Niere, von Dominico Taddei 426
Die Diagnose der subparietalen Nierenruptur, von A. H. Barkley 473
Ein Fall von Ruptur des Ureters, von W. G. Nash 491
Modifizierter hypogastrischer Schnitt zur leichteren Auffindung des unteren und vesikalen Endes des Ureters, von Pierre Fontanel 491
Ein ungewöhnlicher Fall von Harnverhaltung, von H. D. Howe 491
Über paraureterale Lymphcysten, von Georg Schlomann 492
Über ein primäres Carcinom des Ureters, von Kurt Vorpahl 492
Ein bisher nicht beschriebenes Harnsediment, von Heinz Richartz 492
Über Gipskristalle im menschlichen Harn, von St. Lapinski 492
Harnkonkremente und deren Nachweis durch die X-Strahlen, von E. W. H. Shenton 492
Beiträge zur Kenntnis des Copaivaharnes, von G. Berthoud 492
Über die Einwirkung von Salzen auf die Nieren (im Tierexperiment), von J. Eugene J. Leopold 493
Rückstauung des Urins nach dem Nierenbecken, von R. Geigel 493
Über die Ausscheidungsgröfse von organischen Säuren im Harn unter verschiedenen Bedingungen, insbesondere beim gesunden Menschen, von Emil Hoffmann 493
Zur Kenntnis der konstitutionellen Albuminurie, von Hans Richter 493
Hämatogene Albuminurie, von R. Hingston Fox 494
Albuminurie infolge Erkrankung von Prostata und Samenbläschen, von William Glenn Young 494
Über juvenile physiologische Albuminurie, von B. Ullmann 494
Diät bei Albuminurie, von Heinrich Stern 495
Beobachtungen über die orthostatische Albuminurie, von M. Abelmann 495
Ein Fall von orthostatischer Albuminurie, von Anton Zickelbach 495
Zur Kenntnis der orthotischen Albuminurie, von O. Heubner 495
Ein Fall von intermittierender orthostatischer Albuminurie während des Malariaanfalles, von F. Bruas 495
Über orthotische Albuminurie, von A. Baginski 496
Eine Methode, den Eiweifsgehalt eines Harnes mit hinreichender Genauigkeit für klinische Zwecke in einer Stunde zu bestimmen, von Georg Buchner.... 496
Über eine Fehlerquelle bei der Ferrocyankaliumprobe als Eiweifsreaktion, von Hugo Schmiedl 496
Eine Vereinfachung der Hellerschen Ringprobe, von Fritz Sachs 496
Notiz über die Vereinfachung der Hellerschen Ringprobe, von H. Senator..... 496
Zur Kasuistik der Bakteriurie, von F. Kornfeld 497

Seite

Zur Kenntnis der Chylurie, von E. Salkowski ... 497
Über die Hämolyse bei Nephritis, von Eugene J. Leopold ... 497
Die Semiologie des Bluthamens, von F. Cathelin ... 497
Haematuria endemica, von P. G. Stock ... 497
Die Hämaturie der Phthisiker, von Friedrich Teichmann ... 498
Malariahämoglobinurie, von Walter V. Brem ... 498
Ein klinischer Bericht über einige Fälle von Hämaturie, von William E. Lowen 498
Beitrag zur Kenntnis der Hyperchlorurie bei Tuberkulose der Harnwege, von L. J. M. Bignon ... 498
Pentosurie, chronische und alimentäre, von R. W. Johnstone ... 498
Zur Frage der Glykosurie bei Quecksilberkuren, von O. Mendelsson ... 499
Über Pentosurie, von Fritz Rosenfeld ... 499
Über Laevulosurie und über den Nachweis der Laevulose im Harn, von A. Jolles 499
Über Abkühlungsglykosurie, von Karl Glaessner ... 500
Weitere Beobachtungen über experimentelle Glykosurie, von J. R. Macleod und C. E. Briggs ... 500
Zur Frage der Glykosurie bei Quecksilberkuren, von Otto Mendelsson ... 500
Glykosurie nach Frakturen, von Georg Ernst Koujetzny ... 501
Über Glykosurie bei Graviden, von J. Hynitzsch ... 501
Über den Einfluſs der Muskeltätigkeit und des Opiums auf die Zuckerausscheidung bei Phloridzinglykosurie (mit Versuchen am eigenen Körper), von Friedrich Kalmus ... 501
Über Glykosurie bei Erkrankungen des Zentralnervensystems, von Heinrich Ohnacker ... 501
Über den Wert der Phloridzinprobe, von L. Detre ... 501
Ein eigentümlicher Fall von renaler Massenblutung, von F. Loewenhardt ... 568

e) Labien, Vagina usw.

Kraurosis vulvae, von Spiegler ... 191
Kraurosis vulvae, von Löw ... 352
Sterilität durch Verschluſs der Timbrien der Eileiter, von John C. O'Day ... 363
Kraurosis vulvae, von M. F. Jayle ... 384. 503
Lichenifikation der Vulva, geheilt durch einen chirurgischen Eingriff. Beziehungen zwischen Lichenifikation und Leukoplakie der Vulva und Kraurosis, von Leredde und R. Martial ... 430
Heterotypischer Pseudohermaphroditismus femininus externus, von Arnold Heymann ... 501
Experimentelle Untersuchungen über den Infektionsweg bei der Genitaltuberkulose des Weibes, von Ph. Jung und A. Bennecke ... 502
Beitrag zur Kenntnis der weiblichen Genitaltuberkulose, von Fritz Facilides. 502
Beiträge zur Kenntnis der Nervenausbreitung in Clitoris und Vagina, von Fritz Worthmann ... 502
Über primäre maligne Geschwülste der Clitoris, von René Bordères ... 502
Über maligne Tumoren der Vulva und Vagina bei Kindern, von Jean Peyrache 502
Über das primäre Chorioepitheliom der Vagina, von Jaques Duplay ... 502
Über kongenitale Imperforation der Vagina, von Marchat ... 502
Zur Ätiologie des Granuloma pudendi, von K. S. Wise ... 502
Über Kraurosis vulvae, von Oskar von Linck ... 502
Kraurosis vulvae, von Léon Nonique ... 503
Über Clitoriscarcinom, von Waldemar Schleiff ... 504
Beitrag zum Studium der epithelialen Umwandlung bei Leukoplasia vulvaris, von Joseph Simoni ... 504
Über die Resorption von Arzneistoffen von der Vagina aus, von J. Menges ... 504
Zur Frage der Scheidenspülungen, von H. Cramer ... 504
Sexuelle Hyperästhesie beim Weibe, von Bernard S. Talmey ... 570

f) Blennorrhoe und Komplikationen.

Die pathologischen Veränderungen bei chronischem Harnröhrentripper, von J. Bukovsky ... 41. 201
Die Notwendigkeit der inneren Behandlung der Blennorrhoe, von A. Coblenzer 75
Blennorrhoische Entzündung, von Oppenheim ... 186

Seite
Über Cowperitis acuta blennorrhagica, von F. Cathelin 241
Die Behandlung der schweren Conjunctivitis blennorrhoica mit organischen Silbersalzen, von Darier. 242
Epididymitis blennorrhoica, von Müller 295
Über die Notwendigkeit der internen Behandlung infektiöser Urethritiden, von Ernst R. W. Frank 296
Folliculitis fibrosa urethrae, von Josef Sellei 297
Blennorrhoea insontium, von W. M. Kudisch 298
Phosphaturie bei Blennorrhoe, von Oppenheim 353
Behandlung von Blennorrhoe der Urethra anterior und ihrer Komplikationen, von William Frick 363
Medikamente bei der Blennorrhoebehandlung, von Mark H. Sedro..................... 363
Postblennorrhoische Infektion der weiblichen Urethra, von J. O. Parker...... 363
Beziehungen der Blennorrhoe zur Schwangerschaft und Geburt, von George W. Finley 365
Nierenerkrankungen im Zusammenhang mit Blennorrhoe und ihre Behandlung, von Frank W. Johnson..................... 365
Chronische blennorrhoische Prostatitis, von Arthur L. Chute..................... 365
Die Wiederherstellung des Perinealteiles der Urethra bei schweren Verletzungen des Perineums, bei traumatischen Harnröhrenstrikturen mit komplizierten Veränderungen und bei gewissen bisher als unheilbar betrachteten blennorrhoischen Strikturen, von O. Pasteau und A. Iselin 368
Über die Diagnose der Blennorrhagie während der Inkubationszeit mit Hilfe von Kulturen auf Blutgelatine, von V. Griffon 371
Ein Beitrag zur Statistik der blennorrhoischen Epididymitis, von A. Jordan... 374
Zur Kasuistik des Tripperrheumatismus und eines Muskelabscesses, von Eudokimow 376
Ein Urethritisfall, der durch mehrere Gelenkaffektionen und eine in Absceſs übergehende Lymphangitis kompliziert wurde, von Sodwinski 377
Ein Fall von blennorrhoischer Urethritis bei einem dreijährigen Knaben, von Rothmann..................... 377
Die Verhütung der Epididymitis bei der Behandlung der Blennorrhoe im akuten und subakuten Stadium, von J. Neuberger 423
Der blennorrhoische Rheumatismus und seine Behandlung, von Albert Robin 426
Ein Fall von Tendovaginitis blennorrhoica multiplex, von Dedjurin 435
Über die blennorrhoische Entzündung der Gelenke, von Dedjurin 435
Ein eigenartiger Verband beim akuten Tripper, von Schnittkind 435
Eine Reihe von Tripperfällen bei Kindern (Blennorrhoea insontium), von Kudisch 437
Ein Beitrag zur Cytologie des blennorrhoischen Eiters, von Florio Sprecher 470
Therapeutische Notizen zur Blennorrhoea acuta, von Abraham L. Wolburst 474
Die moderne Theorie der Blennorrhoe, von U. de Renaldis 516
Telalgia blennorrhoica chronica, von Eudokimow..................... 526
Ein Fall von blennorrhoischer Arthropathie mit Veränderungen der Knochen, von Hefter..................... 527
Ein Fall von blennorrhoischer Allgemeininfektion, von Siebelt 529
Zur Statistik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrauen, von Erb..................... 530
Zur Beurteilung der Erbschen Statistik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrauen, von Kopp..................... 530
Zur Statistik der Blennorrhoe, von Kossmann 530
Über die Häufigkeit des Trippers in Deutschland, von A. Blaschko 530
Zur Statiskik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrauen, von Hans Vörner 530
Über Fehlerquellen bei Gonokokkenuntersuchungen, von A. von Wahl........ 532
Zur Cytologie des blennorrhoischen Eiters, von Hans L. Posner..................... 532
Chronische Blennorrhoe, von Rudolf Matzenauer 532
Chronische Urethritis. Goutte militaire, von Pillet 533
Ein Fall von paraurethraler Blennorrhoe, von P. Cohn..................... 533
Ein Fall von chronischer blennorrhoischer Epididymitis, geheilt durch Epididymotomie, von Duhot..................... 533
Über die postblennorrhoische Wegsamkeit des Ductus epididymitis, von G. Nobl 533
Zur Therapie der Prostatitis blennorrhoica, von W. Lüth 535
Zur Behandlung der Epididymitis blennorrhoica, von C. Schindler........... 535

Seite

Blennorrhoische Arthritis, von John A. Wiherspoon 535
Blennorrhoische Gelenkerkrankungen und ihre Behandlung, von P. W. Nathan 535
Beiträge zur Behandlung blennorrhoischer Arthropathien. Punktion und Gelenkspülungen mit Sublimatlösung, von Francisque Guyot 536
Ein Fall von Arthritis nach Ophthalmoblennorrhoe mit besonderer Berücksichtigung der geschichtlichen Entwicklung der Lehre von den blennorrhoischen Erkrankungen, von Bruno Wodrig 536
Behandlung der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum, von W. A. Shoemaker .. 536
Pathologie und Therapie der ophthalmologischen Kompliklationen bei blennorrhoischer Infektion, von W. J. Mac Ettles 536
Über Endocarditis blennorrhoica, von Külbs 537
Zur Gonokokkenperitonitis im Wochenbett. Laparotomie. Drainage. Genesung, von G. Leopold 537
Bericht über zwei Fälle von blennorrhoischer Infektion der Niere und des Nierenbeckens, von A. Ravogli 537
Ein Fall von Blennorrhoea des Mundes, von Samuel M. Hyman 537
Zur Prophylaxe der Blennorrhoe, von Paul Bergmann 538
Zur Prophylaxe und Abortivbehandlung der Blennorrhoe, von R. Sondermann 538
Über die Prophylaxe der Blennorrhoe der Neugeborenen, von J. Thies 538
Beitrag zur Kenntnis der Blennorrhagie bei kleinen Mädchen, mit besonderer Berücksichtigung der Lokalisation, von Catharina Kouvitschinsky 538
Die Blennorrhoe des Weibes — Symptome und Behandlung, von Alexander Renault 538
Zur Behandlung der Blennorrhoea masculina, von Stock 538
Die Blennorrhoe und deren Therapie, von B. Müller 539
Die Behandlung des Harnröhrentrippers des Mannes und Weibes, von v. Zeissl 539
Die abortive Behandlung der Blennorrhoe, von J. Sellei 539
Behandlung der Blennorrhoe des Mannes, von W. Frank Glenn 539
Beitrag zur Therapie der Blennorrhoea urethrae, von Anton Regenspurger . 539
Über ein einfaches Hilfsmittel in der Blennorrhoebehandlung, von Oscar Buber 539
Über einige wenig gebräuchliche Behandlungsmethoden bei hartnäckiger chronischer Urethritis, von Lucien Wormser 540
Behandlung des chronischen Harnröhrenausflusses, von S. Leon Gans 540
Erwiderung auf die Abhandlung von Dr. Boss: Über die Balsamtherapie der Blennorrhoe, von R. Kaufmann 540
Die Nebenwirkungen der Balsamica, von H. Vieth 541
Santyl, eine neues antiblennorrhoisches Mittel, von A. Lanz 541
Zur internen Behandlung der Blennorrhoea, von H. de Meric 541
Über die Anwendung des Gonosans in der Therapie der Blennorrhoe, von Maramaldi 541
Ein kleiner Beitrag zur Blennorrhoetherapie, von A. Prunac 541
Gonosan in der Blennorrhoetherapie, von Ludwig Riess 542
Zur Behandlung der Blennorrhoe mit Gonosan, von S. Reiner 542
Über Gonosan, von A. Renault 542
Zur inneren Behandlung der Blennorrhoe, von Edmund Saalfeld 542
Innere Behandlung der Blennorrhoe, von A. Stephan Kalley 542
Zur internen Therapie der Blennorrhoen, von W. Friedländer 542
Ein neues Harnantiseptikum, von A. Schweitzer 542
Zur Kenntnis des Hexamethylentetramins und seiner Salze (Cystopurin), von P. Bergell 542
Über den klinischen Wert des Cystopurins, von E. Loose 543
Arhovin zur internen Behandlung der Blennorrhoe, von O. Hernfeld 543
Die externe Behandlung der Blennorrhoe mit Arhovin, von Karl Ganz 543
Einiges zur Frage der Behandlung der männlichen akuten Blennorrhoe, von Eugen Borzecki 565
Zur Abortivbehandlung der Blennorrhoe, von Victor Lion 568
Über Exacerbation latenter Blennorrhoe nach der Entbindung, von Bruno Löwenheim 568
Über Erfahrungen mit der antiseptischen Blennorrhoetherapie in der Praxis, von Paul Neisser 569
Eiteruntersuchungen bei blennorrhoischen Sekreten, von H. Neuberger 570

Seite
Über einen gonokokkenhaltigen Fistelgang des Präputiums, von Hallopeau und Boudet 573
Diagnose der Blennorrhoe während der Inkubationszeit mittels Kultur auf Blutagar, von V. Griffon 630

Verschiedenes.

Über Skalpierung und ihre plastische Behandlung, von Lotheissen 64
Über gewerbliche Infektionen, von Achille Monté 64
Nachruf an I. Neumann, von Pospelow 73
Eine Kundgebung des Abolitionismus, von Anna Pappritz 76
Nachruf zum Breslauer Fürsorgetag, von W. Hammer 76
Bericht über die Verhandlungen des Allgemeinen Fürsorgeerziehungstages am 11. bis 14. Juni 1906 zu Breslau, von W. Hammer 76. 299. 517. 628
Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten durch die Krankenkassen, von Reinhold Ledermann 110
Die Stellung der Dermatologie im medizinischen Curriculum, von N. Walker .. 137
Demonstration von Lichtbildern, von J. A. Fordyce 138
Die bisherige Geschichte der Dermatologie in Edinburg, von N. Walker 162
Berichte über einige besondere Fälle, von A. Winkelried Williams 194
Über Leukoderma bei Lues, bei Psoriasis und bei Ekzema seborrhoicum, von Jesionek 216
Druckfehlerberichtigung 216
Über den Wert der spezialistischen Abteilungen für Venerologie, von L. Butte 242
Über entzündliche, syphilitische, tuberkulöse und blennorrhoische Striktur des Rektums; chirurgische Behandlung und Spätresultate, von Louis Arnaud 270
Ein neues diagnostisches Hilfsmittel, von Jullien 270
Periostale Schwellung nach Typhus, von Winkler 294
Bräunlicher Epithelschlauch, von Oppenheim 296
Nachruf für William K. Otis 296
Echinococcus der Orbita, von P. N. Barabaschew 298
Kollektion neuer Moulagen, von Pospelow 358
Zwei Fälle zur Diagnose, von Licharew 358
Übersicht über die Hautkrankheiten, welche in Angola, West-Afrika, beobachtet wurden, von F. Creighton Wellmann 365
Antrittsvorlesung, von Albarran 370
Über einzelne Krankheitsfälle aus dem Hôpital Saint Louis in Paris, von Malli-oizel und Monier-Vinard 372
Caraté oder Karaté, von Pospelow 373
Erster Kongreß der deutschen Gesellschaft für Urologie 396
Irrtümer in der Behandlung der Hautcarcinome, von A. R. Robinson 396
Das Institut und die Methode Finsen in Kopenhagen, von Nuesse 458
Die Flaschenspritze, von Bernstein 504
Über sogenannte Knotenbildung in den Haaren, von Edmund Saalfeld 504
Zeigen sich Liebe und Erotik in der Handschrift? von Magdalene Thumm-Kintzel 517
Die sexuelle Ethik, von F. Schacht 517
Fall zur Diagnose, von Asselbergs 521. 523
Ein seltener Fall, von Quarta 524
Leistungen und Aussichten einer dermatologischen Universitätsklinik, von Campana 524
Ein Fall von Angina Ludovici, der genas, von Lustwerk 526
Abolitionismus oder Reglementierung der Prostitution, von Moskalew 527
Über einen Katheter-Dampfsterilisator mit Aufbewahrungsbehälter für die einzelnen Katheter, von Arthur Bloch 544
Tüll bei der Transplantation, von Franz Kuhn 544
Pharmazeutische Produkte der Farbenfabriken vorm. Bayer & Co., Elberfeld. Ergänzungsband 1906 544
Festschrift, gewidmet Albert Neisser 562
Ein Sanatorium für Hautkranke aus uralter Zeit, von Adolf Brandt 565
Dem Andenken von P. I. Frolow, von Djalschkow 575

Seite
Scheinbare Makrochilie bei Hysterie, von Leopold Bleibtreu 600
Ein Fall von angeborenen Fisteln der Unterlippe, von S. Goldflam 600
Seelenkundliche Bemerkungen zum Prozesse Regina Riehl in Wien, von W. Hammer 628
Was lehren uns die Bibel, der Talmud und das Evangelium über Lepra und Syphilis, von H. Higier 652

Sachverzeichnis 653
Namenverzeichnis 673

Verzeichnis der Tafeln.

Zu S.
Disseminierte Miliartuberkulose des Haarbodens, von V. Mibelli. Tafel I u. II 1
Beiträge zur Pigmentfrage, von E. Meirowsky. Tafel III.................. 166
Eigentümliches Verhalten einer transplantierten ichthyotischen Hautpartie, von Ernst Eitner. Tafel IV 271
Über das senile Angiom des freien Lippenrandes, von A. Pasini. Tafel V 342
Neue Studien über die Hornsubstanz, von P. G. Unna und Lazar Golodetz. Tafel VI 459

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 44. | No. 1. | 1. Januar 1907.

Disseminierte Miliartuberkulose des Haarbodens.

Vortrag gehalten in der italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie am 18. September 1906, in Mailand.

Von

Prof. V. Mibelli-Parma.

Mit zwei Farbentafeln und zwei Figuren im Text.

Die genaue Kenntnis des spezifischen pathogenen Agens der Tuberkulose hat zur notwendigen Folge gehabt, dafs man alle Hautaffektionen, bei denen man den spezifischen Krankheitserreger entweder nachgewiesen oder doch vermutet hat, als tuberkulös betrachtet. Dadurch hat sich das Feld der Hauttuberkulose immer mehr erweitert und ist mannigfaltiger geworden, indem man in diese Gruppe Dermatosen aufgenommen hat, die sich in bezug auf Objektivität, Verlauf, mehr oder weniger ausgesprochene lokale Bösartigkeit, Prognose quoad Allgemeinzustand des Patienten in der verschiedensten Weise verhalten. Man kann somit heute von der Tuberkulose dasselbe behaupten, was man schon längst von anderen, die Haut interessierenden Affektionen behauptet hat, nämlich dafs einer wohlbekannten, bestimmten Ätiologie die mannigfaltigste Symptomatologie entspricht.

In den ersten Jahren, welche auf die denkwürdige Entdeckung Kochs folgten, wurde die Hauttuberkulose gewissermafsen mit dem Lupus identifiziert. Es bedurfte der ganzen Autorität und aller Bemühungen von Kaposi zur Aufrechterhaltung der Tatsache, dafs schon viele Jahre vor der bakteriologischen Aera, die Hauttuberkulose unter einer von derjenigen des Lupus ganz verschiedenen klinischen Form bekannt war (Bizzozero, Chiari, Jarisch). Später wurde dann dieses komplizierte klinische Bild des Lupus etwas vereinfacht und eingeschränkt; auch der Begriff der lokalen Malignität wurde etwas abgeändert, so dafs er nicht mehr dem Worte entsprach, mit dem man ihn bezeichnet hatte. Nach heutigen Begriffen ist der Lupus eine oberflächliche noduläre Hauttuberkulose, die

sich zum Skrophuloderma (tiefe oder hypodermale kolliquative Tuberkulose) verhält, wie die tuberöse Syphilis zum typischen Gumma des Unterhautzellengewebes, weshalb ihre lokale Bösartigkeit nicht sowohl von ihrem destruktiven Verlaufe (der bei anderen Formen der Hauttuberkulose schwerer und charakteristischer zu sein pflegt), sondern vielmehr von ihrer Hartnäckigkeit, von der Leichtigkeit, mit der sie rezidiviert und vom Widerstand, den sie der Behandlung entgegensetzt.

Während sich die Aufmerksamkeit der Dermatologen neuen Formen der Hauttuberkulose zuwendete, machte sich eine langsame, bisher unbemerkbare Umwandlung in der Auffassung der pathogenetischen Frage der Hauttuberkulose überhaupt und der Beziehungen zwischen den Hautveränderungen und den inneren Lokalisationen der tuberkulösen Infektion bemerkbar. Nach der Entdeckung des Kochschen Bazillus wurde nämlich mehrmals der angebliche Nachweis erbracht, daſs ein Auftreten von spezifischen Hautveränderungen auch bei ganz gesunden Individuen möglich sei, und zwar infolge einer accidentellen oder experimentellen Inokulation des tuberkulösen Giftes. Daraus entstand die Überzeugung, daſs die groſse Mehrzahl der Fälle von Hauttuberkulose durch exogene Übertragung entstehe. Nun aber hat die klinische Erfahrung gezeigt, daſs, wenn der Bazillus von auſsen in die Haut gelangt ist, die daraus resultierenden Veränderungen in der Haut wenigstens in der Mehrzahl der Fälle nicht die Merkmale des Lupus an sich tragen, sondern vielmehr die einer Tuberculosis verrucosa; trotzdem hatte die neue und verhältnismäſsig optimistische Auffassungsweise der infektiösen, bazillären Natur der Tuberkulose dazu verleitet, gerade und besonders denselben Lupus als exogenen Ursprungs zu betrachten, der die am häufigsten beobachtete Form der Hauttuberkulose ist.

Heutzutage dagegen ist man in diesem Punkte viel weniger affirmativ und eine ganze Anzahl der neueren Arbeiten (Philippson, Török, Rona, Wolters, Jadassohn, Gaucher) verbreiten vielmehr die Ansicht, daſs der Lupus eine endogene Quelle haben kann, ja daſs dies sogar der am häufigsten vorkommende Infektionsweg ist. Dann kennt man auch besser als früher eine gewisse Anzahl von anderen Formen der Hauttuberkulose, für die eine endogene Entstehung noch wahrscheinlicher erscheint. Neben der „Tuberculosis ulcerosa“ von Kaposi, die zum besseren Verständnis „Tuberculosis ulcerosa miliaris circumscripta“ genannt werden sollte und bei der es oft in den einzelnen Fällen schwer ist zu unterscheiden, wie viel auf Rechnung der exogenen Autoinokulation und wie viel auf die der endogenen Metastase zu schreiben ist, haben wir in den letzten Jahren verschiedene Formen von disseminierter oder exanthematischer Hauttuberkulose kennen gelernt, die offenbar einen hämatogenen Ursprung haben; dieselben stellen somit das Resultat einer auf dem Zirkulations-

wege entstandenen Verbreitung einer primären Tuberkulose der inneren Organe auf die Haut dar. Ich habe hier den „Lupus miliaris (oder follicularis) disseminatus" des Gesichts (T. Fox) und die „Tuberculosis miliaris disseminata" (acuta und subacuta) im Sinne, und zähle zu dieser Kategorie auch jene gutartigeren Formen der Hauttuberkulose, welche Darier (1896) Tuberkulide genannt hat und die man sich jetzt mit Neisser, Jadassohn, Juliusberg und trotz der entgegengesetzten Ansicht von Klingmüller, tuberkulöse Dermatosen im eigentlichen Sinne des Wortes zu nennen geeinigt hat, d. h. direkt durch den Kochschen Bazillus verursacht.

Es ist in den letzten Jahren viel geschrieben worden zur Rechtfertigung der Absonderung in eine besondere Gruppe derjenigen Dermatosen, die man unter der Bezeichnung Tuberkulide zusammengefaſst hat; viel ist geredet worden über die vermutlichen pathogenen Beziehungen aller dieser Formen zur Tuberkulose. Wie dem auch sein mag, so viel ist sicher, daſs unter diesem Titel die verschiedensten und dunkelsten klinischen Formen zusammengefaſst worden sind,[1] und was man auch über ihre tuberkulöse Natur wissen mag, so sind sie jedenfalls stets als Dermatosen von endogener Abstammung aufzufassen.

Um innerhalb der Grenzen der unumstöſslichen Tatsachen zu bleiben, können wir mit Sicherheit sagen, daſs es zwei tuberkulöse Dermatosen gibt, die als symptomatisch einer Eingeweidetuberkulose angesehen werden müssen; es sind dies die „Tuberculosis miliaris disseminata" einerseits und andererseits die bestbekannte unter den sog. Tuberkuliden, nämlich die Tuberculosis lichenoides oder der Lichen scrophulosorum. Die erstere ist ein Folgezustand einer schweren, bereits sehr vorgeschrittenen, akuten oder subakuten allgemeinen, die zweite dagegen einer verhältnismäſsig gutartigen, wenig ausgebreiteten, torpid verlaufenden Infektion.

Der Lichen scrophulosorum, der häufiger zur Beobachtung gelangt und besser studiert worden ist, ist auch von den Dermatologen besser bekannt. Von der Tuberculosis miliaris disseminata dagegen spricht man

---

[1] Die klinischen Formen, deren tuberkulöse Natur am sichersten festgestellt ist, sind der Lichen scrophulosorum, die Tuberculosis papulo-necrotica und einige Varietäten des Erythema induratum von Bazin; zweifelhafter sind das multiple gutartige Sarkoid von Boeck und das Sarcoïde hypodermique von Darier; beide haben aber immerhin gewisse Analogie zu den ersteren. Was dann andere Dermatosen anbelangt, die von den französischen Autoren zu derselben Kategorie gerechnet werden, wie der Lupus erythematos. von Cazenave, die Pityriasis rubra Hebra, das Angiokeratoma Mibelli, der Lupus pernio, die Frostbeulen, die Akroasphyxie usw., so ist es klar, daſs es sich da um ganz verschiedene Krankheiten handelt, sowohl vom klinischen, als vom anatomischen Gesichtspunkte aus; wenn dieselben auch zu der Tuberkulose gewisse Beziehungen haben, so hängen sie doch nicht von der letzteren so direkt ab, wie die oben genannten Dermatosen.

erst seit wenigen Jahren d. h. seitdem LICHTENSTERN und PELAGATTI[2] ihre Fälle veröffentlichten. Sei es nun wegen der Seltenheit der Affektion oder weil sich viele Fälle der Beobachtung der Dermatologen entziehen, die Kasuistik dieser Form von Hauttuberkulose ist so spärlich geblieben, daſs jeder auch noch so isolierte Fall, der zur Veröffentlichung gelangt, einen wichtigen Beitrag bildet.

Der Fall, den ich hier beschreiben werde, zeigt das besondere, daſs sich die Affektion fast ausschlieſslich über den Haarboden ausgebreitet hatte, d. h. über eine Körperstelle, die nur selten von ihr befallen wird. Andererseits habe ich in meinen Präparaten eine groſse Menge von Bazillen gefunden, was die Untersuchung der Beziehungen zwischen Mikroorganismen und den verschiedenen anatomischen Besonderheiten des tuberkulösen Prozesses sehr erleichtert hat; gewöhnlich zeichnen sich die Fälle von Hauttuberkulose im Gegenteil durch die geringe Menge der vorgefundenen Parasiten aus. Endlich glaube ich auch Anhaltspunkte für die Auffassungsweise der Pathogenese der verschiedenen klinischen Varietäten der Hauttuberkulose überhaupt und der disseminierten Form im besonderen gefunden zu haben.

Rosa B., 63 Jahre alt, verheiratet, Haushälterin, von Parma. Trat am 3. Februar 1905 in die IV. Abteilung des Ospedale Maggiore zu Parma (Dr. ZOIA) ein. Ich konstatierte damals folgenden Status. — 5. Februar. Frau von mittlerer Gröſse und regelmäſsigem Körperbau, bleich, abgemagert, auſserordentlich abgeschwächt; liegt halbsitzend im Bett, klagt nicht über besondere Schmerzen. Hustet wenig; Respiration kurz, oberflächlich. Fieberlos. Die objektive Untersuchung und der bakteriologische Befund lassen keinen Zweifel aufkommen über das Vorhandensein einer bereits ziemlich vorgeschrittenen Lungentuberkulose.

Was den Fall besonders kennzeichnet, ist das Vorhandensein von Hautveränderungen auf dem Haarboden und am rechten Arme.

Auf dem Haarboden, wo die Haare nicht sehr dicht liegen, ziemlich kurz und von kastanienbrauner Farbe sind, mit einigen weiſsen Elementen, konstatiert man etwa 20, von Borken überzogene Herde, die regellos zerstreut liegen, am dichtesten aber in der Nähe der Stirn und auf dem Scheitel. Jeder Herd besteht aus einer grünlich-gelben, weichen oder feuchten Borke, wo die Haare zusammengeklebt sind. Keine Spur von tierischen Parasiten.

Am rechten Arm und zwar auf der Beugefläche, in der Nähe des Ellenbogengelenkes, besteht eine längliche Ulceration, deren Längsdurch-

---

[2] PELAGATTIS Fall war in meiner Klinik beobachtet und studiert. Siehe: *Giorn. it. d. mal. ven. ec.* 1888. S. 704.

messer 2 cm mißt und parallel zur Gelenksfalte verläuft, während der kleinere Durchmesser nur die Hälfte beträgt. Die Patientin pflegte die Plaque mit einem feuchten Verbande zu bedecken, so daß sie bei der Untersuchung als oberflächliche Ulceration erschien mit flachem, glattem, wenig feuchtem Boden von blaßrosaroter Farbe. Der Grund war wenig oder garnicht infiltriert, von etwas feuchten Rändern umrahmt, die stellenweise abgelöst und von weicher Konsistenz wie der Geschwürsboden selbst waren. Bei der Berührung schmerzt die Ulceration etwas, spontan aber nicht.

6. Februar. Nach Kurzschneiden der Haare und Reinigung des Haarbodens lassen sich die Veränderungen besser erkennen. Die verschiedenen oberflächlichen Ulcerationen unterscheiden sich von einander nur durch ihre Größe und die Entwicklungsstufe, die sie im Augenblicke der Untersuchung erreicht hatten. Die größeren Herde haben einen Durchmesser von 1,5 cm, die meisten aber übersteigen einen Durchmesser von 1 cm nicht, noch andere erreichen nicht einmal diese Dimensionen. Die letzteren, die wahrscheinlich den Prozeß in seinem Beginne darstellen, bestehen aus einer kleinen Erhabenheit, in deren Mitte sich eine kleine, anhaftende Borke gebildet hat, oder wo diese fehlt, ist sie durch eine schwach secernierende Fläche ersetzt. Die größeren Herde sind oberflächliche Substanzverluste, die bis in die Cutis reichen, von unregelmäßiger Gestalt sind, dünne, scharf ausgeschnittene, aber geschlängelte Ränder haben. Der Geschwürsgrund ist nicht von merklich fester Konsistenz, glatt, graulich, feucht, eine serofibrinöse, rasch eintrocknende Flüssigkeit secernierend. Bei der Berührung sind diese Herde alle etwas schmerzhaft, nicht aber spontan.

Auf der übrigen Körperoberfläche lassen sich keine anderen krankhaften Erscheinungen ausfindig machen, die mit den beschriebenen Veränderungen in Beziehung gebracht werden könnten. Nur auf dem Kopfe findet man stellenweise eine kahle Stelle, die wahrscheinlich als die Überreste ähnlicher Veränderungen zu betrachten sind. Spuren von tuberkulösen Manifestationen aus früheren Zeiten lassen sich weder auf der Haut noch an den Knochen usw. nachweisen. Die zugänglichen Schleimhäute sind normal. Man fühlt einige Lymphdrüsen am Halse in der Inguinalgegend und in der Achselhöhle; sie sind aber klein und indolent.

Anamnese. (10. Februar 1905.) Die Patientin stammt aus einer tuberkulösen Familie (Mutter und Bruder tuberkulös), war aber selbst, trotz ihrer etwas schlanken Gestalt, stets gesund bis zum 22. Lebensjahre, wo sie sich verheiratete. Die neun Schwangerschaften folgten sehr rasch aufeinander und waren alle normal mit Ausnahme von einer einzigen (Distocie); zwei wurden von Komplikationen während des Puerperiums

gefolgt. Alle Kinder starben während der ersten Lebensjahre oder -monate, einige wegen angeborener Schwäche, andere an später hinzugetretenen Krankheiten. Syphilis kann mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

Abgesehen von dem allgemeinen Schwächezustand infolge der wiederholten Schwangerschaften, von dem sie sich übrigens nach der Menopause erholte, blieb die Patientin bis in ihr 60. Jahr gesund. Im Winter 1902 hatte sie einen Anfall von Influenza mit nachfolgender Bronchopneumonie. Von diesem Augenblicke an verschlimmerte sich ihr Allgemeinzustand immer mehr: Recidive der Lungenaffektion, Verdauungsstörungen usw.

Was die ulcerösen Hauterscheinungen anbelangt, so kann ich versichern, dafs sie alle spontan und in schleichender Weise aufgetreten sind. Schon vor mehreren Monaten, nämlich seit dem Herbste 1903 hatten sich auf den verschiedensten Körperstellen kleine Erhabenheiten gezeigt, die man in der Familie der Patientin als torpid verlaufende Furunkel betrachtet hatte, die aber schmerzlos waren, nicht eiterten und langsam verschwanden, ohne Spuren zu hinterlassen. In der Mitte Juli 1904 trat dann am Arme zum ersten Mal eine Effloreszenz auf in Gestalt eines umschriebenen Infiltrates, das nur wenig über die Umgebung emporragte, von dunkelroter Farbe. Dieselbe begann dann vom Zentrum gegen die Peripherie hin zu ulcerieren, bis es die Gestalt der gegenwärtigen Ulceration annahm. Die Veränderungen auf der Kopfhaut haben sich dagegen erst in den letzten drei Monaten ausgebildet, als der Allgemeinzustand der Patientin sich bereits verschlimmert hatte. Es bildeten sich von Zeit zu Zeit kleine feste Erhabenheiten, die man wieder als Furunkel betrachtete; nachdem sich auf denselben sekundär eine mit Schuppen vermischte Borke gebildet hatte, verschwanden sie schliefslich vollständig. Einige von ihnen dagegen blieben bestehen, um die schon beschriebenen mit Borken bedeckten Ulcerationen zu bilden.

In Anbetracht des schweren Allgemeinzustandes der Patientin glaubte ich von einer Biopsie absehen zu müssen. Dann trat aber der Exitus ein, und zwar früher, als ich es erwartet (20. Februar) und konnte ich dann einige Stücke aus der Kopfhaut und dem Arme exzidieren.

Die Autopsie ergab: Bronchopulmonäre Tuberkulose der oberen zwei Drittel beider Lungen; chronische Myocarditis ohne organische Läsionen der Klappen; relative Insuffizienz der Tricuspidalis. Diffuse Miliartuberkulose des Peritoneums mit Ausgangspunkt in der Beckenhöhle; tuberkulöse Geschwüre der Darmwandungen; Milz etwas vergröfsert; alle anderen Organe normal.

* * *

Histologische Untersuchung. A. Hautstück aus dem Rande und dem Grunde des Geschwürs am rechten Arm. Fixierung in absolutem Alkohol, Einschlufs in Celloidin. Unter dem Mikroskop sieht das Ganze aus wie ein atonisches Geschwür, wie ein in Heilung begriffener Substanzverlust, wo sich der Vernarbungsprozefs an vielen Stellen zu bilden beginnt, ohne aber zu einem definitiven Resultat zu gelangen, indem an vielen anderen Stellen, besonders an den Rändern, nichts von einem solchen, wohl aber ein anormaler Granulationsprozefs zu bemerken ist. Der Boden des Geschwürs besteht nämlich aus einem Granulationsgewebe, durch welches in schiefer Richtung sehr erweiterte Venen und Lymphgefäfse ziehen. An den Stellen, wo die Zelleninfiltration weniger dicht ist, zeigt dieser Granulationsprozefs die Struktur einer sehr regelmäfsigen Schichtung von Bindegewebsfasern, die parallel zum Hautniveau verlaufen, mit zahlreichen abgeplatteten fixen Zellen, mit Kapillaren, die in entgegengesetzter Richtung verlaufen, wie man es eben beim Vernarbungsvorgange findet. An der Peripherie des Geschwürs ist die Epidermis ödematös und statt parallel zum Geschwürsboden zu verlaufen, senkt sie sich ganz plötzlich in das Granulationsgewebe ein; dieses letztere ist an den Rändern und in der ganzen oberflächlichen Schicht, welche den Boden des Geschwürs bildet, in beständigem Zerfalle begriffen.

Die ganze Papillarschicht und ein grofser Teil der retikulären Cutis mit Einschlufs der Talg- und Haarbalgdrüsen ist zerstört; unversehrt ist nur der die Knäueldrüsen enthaltende Abschnitt der Haut und das darunter liegende Unterhautzellgewebe geblieben. Der normal erhaltene Teil des retikulären Derma bildet den Boden der Ulceration; hier findet man denn auch die Struktur eines Granulationsgewebes, das an einzelnen Stellen bereits auf dem Wege der Vernarbung begriffen ist. Wo diese Umwandlung noch nicht stattgefunden hat, setzt sich die dichte, gleichmäfsige Zelleninfiltration vorzüglich aus runden, einkernigen, lymphozytenartigen Elementen zusammen, mit zahlreichen kleinen Lymphozyten und spindelförmigen Zellen. Alle diese Elemente zerfallen in den oberen Schichten zu einem amorphen Detritus. Man findet keine Riesen- noch epitheloide Zellen; nur an den Grenzlinien des Unterhautzellgewebes treten grofse Plasmazellen auf, die sich besonders zahlreich um die Wandungen der verdickten Bindegewebstrabekeln im Hypoderm ansammeln. In anderer Weise ist das letztere nicht verändert.

Wie bereits bemerkt, ist die Zelleninfiltration gleichförmig über die ganze Grundfläche der Ulceration verbreitet; nur an der Peripherie derselben sieht man einen scharf umschriebenen, isolierten Herd von ovaler Gestalt in der Nähe einer Knäueldrüse und einer Venenwandlung anliegend. Dieser Herd ist ganz aus epitheloiden Zellen zusammengesetzt, an dessen Peripherie jedoch erkennt man eine dünne Infiltrationszone von

Lymphozyten. Riesenzellen konnte ich keine einzige finden. Diese epitheloiden Zellen sind nur homogenisiert, d. h. nicht geschwollen, mit einem verlängerten, bläschenförmigen Kerne, arm an Chromatin (chromatolyptischer Kern nach UNNA[3]); gegen das Zentrum des Herdes zu werden sie immer heller und homogener, die Konturen weniger scharf; wahrscheinlich ist ein großer Teil derselben zerstört, da im Zentrum des Herdes nur noch Detritusmassen zurückbleiben.

Die Bazillen sind im ganzen Bereiche des Geschwürsgrundes sehr zahlreich, und liegen zwischen den Infiltrationszellen zerstreut; in dem einzelstehenden, knotenförmigen Herde mit tuberkuloider Struktur sind sie dagegen sehr spärlich, so daſs ich eine ganze Anzal von Schnitten untersuchen muſste, bevor ich welche mit Sicherheit nachweisen konnte.

Aus dem Vorausgegangenen geht vorläufig hervor, daſs der krankhafte Prozeſs in der Ellenbeuge zwar unzweifelhaft tuberkulöser Natur ist, jedoch eine ausgesprochene Neigung zur Vernarbung zeigt; im histologischen Sinne handelt es sich also mehr um eine atonische Wunde denn um eine Ulceration; die Tuberkelbazillen werden dort kultiviert, wie die Staphylokokken auf einem Geschwürsboden, der nicht in aseptischem Zustande erhalten wurde. Ferner erkennt man, daſs trotzdem es sich sicherlich um einen bazillären Prozeſs handelt, die histologischen Veränderungen hier einen nur wenig ausgesprochenen tuberkulösen Charakter haben. Selbst da, wo der Prozeſs am ausgesprochensten ist, auf der Höhe des subdermalen Netzes, beschränkt sich alles auf einige Herde von epitheloiden Zellen, die vollständig denen gleichen, welche DARIER in seinen „sarcoïdes souscutanées" gefunden und beschrieben hat,[4] Fälle, deren Zugehörigkeit zur Tuberkulose höchstens vermutet, keineswegs aber nachgewiesen werden kann.

B. Stück von der Kopfhaut mit einem ganz kleinen ulcerativen Herde, überdeckt mit einer dünnen Borke von ca. 3—4 mm Durchmesser. Dieses Stück wurde mitten durchgeschnitten und die eine Hälfte in Alkohol fixiert, in Paraffin eingelegt und in Serien geschnitten. Einige Serien wurden mit Orceïn und polychromem Blau, andere mit Karbolfuchsin für die Bazillen gefärbt. Mit dem exzidierten Hautstücke steht die Aponeurose des Epikraniums und mit diesem letzteren das subaponeurotische Bindegewebe im Zusammenhang.

Aus der Untersuchung dieser Serienschnitte ergibt sich, daſs erstens ein kleiner Substanzverlust vorliegt, der von der Peripherie gegen das Zentrum zu an Tiefe zunimmt und nicht allein die Epidermis und die

[3] UNNA, *Histologischer Atlas zur Pathologie der Haut.* 1906. Heft 8, S. 112.

[4] J. DARIER et G. ROUSSY, Des sarcoïdes sous-cutanées. *Archives de médecine expérimentale.* 1906. Nr. 1.

papillare Cutis, sondern auch einen grofsen Teil des retikulären Dermas umfafst. Gegen das Zentrum zu sind auch alle Drüsen, Haarfollikel und das retikuläre Derma verschwunden, so dafs hier der Geschwürsboden ausschliefslich aus stark infiltriertem Unterhautzellgewebe besteht.

Diese Störungen in den Geweben sind der Folgezustand einer exsudativen und proliferativen Dermitis, die zuerst ein dermo-epidermales Ödem mit Abflachung des Papillarkörpers und Schwund des elastischen Netzes verursacht (Serie I—IV); dann wird die Epidermis durch Bläschenbildung aufgelockert (Serie V—VII), wobei es zur Bildung einer feuchten, schuppigen Borke kommt. Inzwischen entwickelt sich unter dieser Borke eine zellige Infiltration und degenerative Veränderungen, welche eine graduelle Zerstörung des Cutisgewebes anzeigen.

Der Ausgangspunkt der Zelleninfiltration ist das subdermale Gefäfsnetz. Von einem Zentrum der höchsten Intensität, welches dem Geschwürgrunde entspricht, nimmt die Infiltration graduell gegen die umliegenden Hautzonen ab, doch konstatiert man stets die gröfste Ansammlung von Zellen in der Gegend des subdermalen Gefäfsnetzes, wo aber die elastischen Fasern erhalten sind. Die oberflächliche Cutis verhält sich in ganz passiver Weise: das Netz elastischer Fasern ist dort ganz verschwunden, die spärlichen, ödematös gewordenen Bindegewebsfasern verwandeln sich an vielen Stellen in eine amorphe Koagulationsmasse, die dem Fibrin ähnlich sieht, jedoch die Weigertsche Fibrinreaktion nicht gibt (fibrinoide Substanz von Schmaus und Albrecht); während die lymphozytenartigen Zellen auswandern und sich in der Borke zu einer Kruste ansammeln, nehmen die homogeneisierten fibroplastischen Zellen gleichzeitig epitheloiden Charakter an und verwandeln sich selbst an einzelnen Stellen durch Konfluenz in Riesenzellen. Diese äuſserst spärlichen Riesenzellen, die sich nur da vorfinden, wo die Veränderungen am weitesten vorgeschritten sind, liegen inmitten des entarteten Gewebes, das bereits im Zerfalle ist. In der Peripherie des ulcerösen Herdes jedoch, wo die Gewebe noch nicht soweit verändert sind, findet man deren auch einige (in einzelnen Präparaten nur) mitten in homogeneisierten Infiltrationsherden und da sie in ihrer Peripherie von lymphozytenartigen Elementen umgeben sind, hat man ein Bild, das entfernt einem Miliartuberkel ähnlich sieht.[5] Hie und da findet man ziemlich zahlreiche, zerstreut liegende Bazillen und zwar sowohl im Bereiche des Geschwürs als in dessen Umgebung. Einige derselben finden sich auch innerhalb der Riesenzellen, aber ausnahmslos in deren peripheren Abschnitten. In allen Präparaten, wo epitheloide Zellen liegen, ist es möglich, Bazillen zu finden, da hingegen, wo die Zellen-

[5] Drei gut ausgebildete Miliartuberkel in der oberflächlichen Cutis konnte ich nur in dem Stücke C. nachweisen. Vide fig. 1. Tafel 1.

infiltration noch nicht eine nennenswerte Degeneration eingegangen, sind keine zu sehen.

Unter dieser veränderten Cutis ist das Unterhautzellgewebe durch eine lange Serie von Präparaten aus der Peripherie des Geschwürs hindurch ganz normal. Schwere Veränderungen dagegen konstatiert man im Bereiche der Ulceration (Serie X—XII), nämlich: 1. ziemlich beträchtliche Verdickung eines fibrösen Balken, das von der Schädelaponeurose zum retikulären Derma an einer, dem Zentrum der Ulceration entsprechenden Stelle zieht. 2. Perivaskuläre Zelleninfiltration in den interlobulären Bälkchen, mit Verkleinerung der Fettläppchen, besonders in der Nähe der retikulären Derma, an der Basis der Ulceration, wo dieses hypodermale Infiltrat aufserdem einen Reichtum an Plasmazellen aufweist, wie dies an keiner anderen Stelle der Fall ist. 3. Vorhandensein von verkästen, graulichen, isolierten Miliartuberkeln.

Von solchen Miliartuberkeln habe ich in 206 Serienschnitten vier gut isolierte und individualisierte gesehen; drei derselben lagen nach oben, ganz nahe am retikulären Derma; der vierte lag der horizontalen Schicht der Schädelaponeurose an. Alle haben beinahe dieselbe Form und Struktur. Sie sind unregelmäfsig kugelförmig, bestehen hauptsächlich aus stark degenerirten fibroplastischen epitheloiden Zellen, mit spärlichen lymphozytenartigen Elementen in der Peripherie und einige wenige Riesenzellen in ihrem Innern. Im gröfseren dieser vier Miliartuberkel, der sich über etwa 50 Schnitte erstreckt und 0,6 mm lang, 0,48 mm breit ist, zählte ich neun Riesenzellen; die anderen, etwas kleineren enthalten eine geringere Anzahl. In allen vier nimmt der Grad der Entartung immer mehr zu von der Peripherie nach dem Zentrum des Tuberkels; das Protoplasma erscheint zuerst blofs in eine homogene Masse verwandelt, mit peripheren Fortsätzen, nach und nach verschwindet es aber ganz, wobei längliche, bläschenartige Kerne zurückbleiben, die nach dem Zentrum des Tuberkels zu immer mehr zusammenschrumpfen und schliefslich zerfallen; endlich werden die nackten Kerne und ihre Fragmente immer seltener, so dafs sich nur noch eine unförmliche fibrinoide Masse erkennen läfst. Auch in diesen Miliartuberkeln findet man noch in vielen Präparaten stellenweise einige Bazillen, entweder innerhalb oder aufserhalb der Riesenzellen.

Alle vier Tuberkel nehmen ihren Ursprung im Bindegewebe der interlobulären Scheidewände. Verfolgt man genau die ganze Schnittserie, so erkennt man, dafs jedem Tuberkel ein Blutgefäfs anliegt; wo dieses noch hinreichend erhalten ist, gibt es sich als eine Arterie zu erkennen an den elastischen Fasern in seinen Wandungen. Diese Arterie durchzieht den Tuberkel in seiner Peripherie und auf eine kurze Strecke, wo die Gefäfswandung teilweise zerstört ist.

C. Stück durch die ganze Dicke der Kopfhaut bis auf das Epicranium. Das Stück hat eine rechteckige Form und mifst 12×8 mm; im Zentrum liegt eine oberflächliche Ulceration von unregelmäfsiger Gestalt von 5×6 mm. Das Stück wird in zwei gleiche Teile geschnitten, in Alkohol fixiert und in Paraffin eingelegt. Die eine Hälfte wird in Serien geschnitten (196 Schnitte in 28 Serien).[6] Färbung teilweise mit Karbolfuchsin, teilweise nach anderen Methoden.

Beim Durchgehen der Schnitte findet man zuerst, dafs, wie beim Stücke B, die Ulceration von demselben ulcerösen und exsudativen Prozesse verursacht ist, wenn auch in geringerem Grade. Die Ulceration ist zwar hier etwas ausgebreiteter, aber dafür oberflächlicher; der Substanzverlust rückt nämlich stufenweise nach der Tiefe ohne scharfe Grenzen und erstreckt sich über die Epidermis und die Papillarschicht. Nur an der Stelle, wo die Veränderungen den höchsten Grad erreicht haben, gegen das Zentrum des Geschwürs zu, ist auch ein Teil des retikulären Derma zerstört.

Die entsprechenden Partien der Cutis sind von sehr erweiterten Blutgefäfsen durchzogen, die höchstens etwas Fibrin und wenige Leukozyten (vorherrschend einkernige) mit sehr unregelmäfsig geformten Kernen enthalten. Um diese weiten Bluträume herum befinden sich Ansammlungen von Lymphozyten mit grofsem, gut gefärbtem Kerne, und zwar sind diese Infiltrate da am dichtesten, wo die genannten Bluträume am zahlreichsten sind und infolgedessen einander am nächsten stehen; in ihrer Nähe sieht man auch einige isolierte oder zu Gruppen vereinigte Plasmazellen.

Eine solche rege Vitalität des Infiltrates findet man nur in der unteren Hälfte des retikulären Derma; weiter oben wird dieses Infiltrat spärlicher; treten zahlreiche Zellen auf mit unregelmäfsig geformtem oder mit bläschenförmigem Kerne und endlich an der freien Oberfläche des Geschwürs liegen isolierte, stark geschrumpfte Kerne oder blofs Bruchstücke von solchen. Die elastischen Fasern und die glatten Muskelfasern sind auch an den Stellen unverändert, wo die Infiltration am weitesten vorgeschritten ist; weiter nach oben nehmen sie aber etwas ab, und dort sind auch die Bindegewebsfasern verändert, und im Infiltrate findet man mehr oder weniger ausgesprochene Erscheinungen von Entartung. Von Talgdrüsen findet man einige Spuren nur in der Peripherie des Geschwürs, wo der Prozefs am intensivsten ist, sind auch Haare und Knäueldrüsen bis auf einige Reste verschwunden.

Unter dem Mikroskop erwies sich übrigens die Ausdehnung des

---

[6] Zu bemerken ist, dafs nach dem Härten das Stück bedeutend kleiner erschien, besonders auf der schmäleren Seite. Die Schnitte wurden parallel zur breiteren Seite angelegt.

Substanzverlustes als beschränkter, als man von bloſsem Auge hätte annehmen können. In der Entfernung von etwa 15 Schnitten vom Zentrum des Geschwürs ist nämlich die ödematöse, infiltrierte Epidermis nur durch das Infiltrat abgehoben; der Papillarkörper ist seiner deckenden Epidermisschicht entblöſst, ebenfalls ödematös aber nicht zerstört, höchstens oberflächlich erodiert. In den Präparaten, in denen ein Teil der Borke erhalten geblieben ist, erscheint diese von verschiedenen Schichten abgeplatteter Epithelzellen aufgebaut, welche vermischt sind mit Kerndetritus und exsudativen Zellen.

Um das Zentrum der intensivsten Veränderungen herum, nämlich in der Peripherie des geschwürigen Herdes, verschwinden die weiten Bluträume immer mehr und das Infiltrat des in dessen Umgebung voll von stark gefärbten Zellen und reich an Plasmazellen ist, wird plötzlich weniger dicht, die Elemente färben sich weniger leicht, das Protoplasma hat ein homogenes Aussehen, die Plasmazellen fehlen vollständig.

Abgesehen von diesen schweren Veränderungen, die dem ulcerativen Prozesse anhaften, besteht der Prozeſs durch die ganze Serie der Präparate hindurch im wesentlichen aus einer Zelleninfiltration, deren Zentrum der höchsten Entwicklung sich im subdermalen Gefäſsnetz befindet, um die Knäueldrüsen herum; diese Infiltration nimmt nach dem subpapillaren Netze zu stufenweise ab und zwar in demselben Maſse, als wie in der Peripherie des ulcerösen Herdes.

Diesem infiltrativen Prozeſs gegenüber findet man an einzelnen Stellen das Drüsenepithel der Knäueldrüsenglomeruli verändert und aufgelockert, die Talgdrüsen verschwinden, so daſs von ihnen in einigen Präparaten nur noch einige kleine Bruchstücke übrig bleiben; das Netz elastischer Fasern ist ebenfalls teilweise zerstört; unverändert dagegen bleiben die Haare, die glatten Muskelfasern und die gröſseren Nervenstämme.

Die Veränderungen des elastischen Netzes, sowie analoge Störungen im kollagenen Gewebe stehen in enger Beziehung zu den degenerativen Erscheinungen, denen die kleinzellige Infiltration entgegengeht. Da wo in den mit saurem Orceïn gefärbten Präparaten die elastischen Fasern stark reduziert oder gänzlich verschwunden und die kollagenen Fasern zu einem feinen Netze atrophiert sind, findet man auch eine dichtere Infiltration, die gröſstenteils aus homogenisierten Zellen von epitheloidem Aussehen besteht, inmitten welcher man bei starker Vergröſserung Fragmente von Elastin sieht.

Das helle Aussehen dieser Infiltrationsherde im mittleren und tiefen retikulären Derma (gemeint sind immer die Grenzpartien der Ulceration) kontrastieren bedeutend mit dem Verhalten desselben Derma im subpapillaren Netze; hier ist nämlich das Elastin vorzüglich erhalten und bildet das wohlbekannte dichte Netz, von dem äuſserst dünne Fäden abgehen, die

dem Papillarkörper zustreben, welcher stets abgeplattet oder ödematös, aber frei von zelliger Infiltration ist.

Trotz allem dem kann man nicht sagen, dafs man in diesen ziemlich diffusen Infiltrationsherden tuberkulöses Gewebe vor sich hat. Man findet nämlich darin keine Riesenzellen und es fehlt die typische Abgrenzung in der Peripherie durch lymphozytenartige Zellen mit vollem, nicht entartetem Kerne. In den Fuchsinpräparaten sind die Bazillen zahlreicher in den Herden diffuser Infiltration (Fig. 1, Taf. II) den in anderen gut umschriebenen Herden, welche auch in diesem Stücke mit den charakteristischen Merkmalen des Miliartuberkels auftreten.

Bazillen in grofser Anzahl und meist zu Gruppen vereinigt findet man gleichförmig verteilt auf dem Boden des Geschwürs, wo sie sich wahrscheinlich angehäuft haben, nachdem sie von tieferen Schichten heraufgeschleppt worden sind; auch in der Borke findet man solche noch wohl erhaltene Bazillen. Ebenfalls findet man welche in den tieferen Schichten, die der Basis und der Peripherie des Geschwürs entsprechen, wo die Infiltration dichter ist; sie liegen dort zwischen Zellen mit intensiv gefärbtem Kerne und zwischen Plasmazellen, hauptsächlich in der Umgebung der erweiterten vaskulären Räume oder unmitelbar den Wandungen derselben anliegend. Weiter nach der Tiefe, wo das zellige Infiltrat noch keine regressiven Veränderungen aufweist, im Gebiete der Knäueldrüsen, findet man kaum oder gar keine Bazillen.

Aufser diesen diffusen tuberkulösen Infiltrationen findet man in diesem Stück, wie ich dies bereits erwähnt, eigentliche und wahre tuberkulöse Herde in Gestalt von Miliartuberkeln. Im ganzen $10 \times 2{,}7 \times 7$ mm messenden Stücke, konnte ich deren 12 nachweisen; drei derselben lagen nahe am subpapillaren Netze (Fig. 1, Taf. I) vom geschwürigen Herde entfernt, drei im Bereiche der Knäueldrüsen (Fig. 2, Taf. I) ebenfalls aufserhalb des ulcerösen Bezirkes, endlich sieben im eigentlichen Unterhautzellgewebe (Fig. 1, Taf. II), zum Teil innerhalb, zum Teil aufserhalb des Geschwürs.

Diese Miliartuberkeln bilden isolierte und umschriebene Infiltrationsherde von 0,25—0,60 mm Durchmesser, von ziemlich regelmäfsiger Gestalt, die kleineren kugelförmig oder oval, die gröfseren aber unregelmäfsig. In ihrer Struktur unterscheiden sie sich von den Herden im anderen Stücke nicht. Es handelt sich somit um Tuberkel vom epitheloiden Typus (nach Baumgarten); der gröfsere Teil derselben enthält eine geringe Anzahl von lymphoiden Zellen in der Peripherie und einen mehr oder weniger grofsen zentralen Erweichungsherd von amorphem fibrinoidem Aussehen. Die epitheloiden Zellen haben meist die Gestalt von Fibroblasten mit länglichem, blasenartigen Kerne und homogenem Protoplasma; in einzelnen Tuberkeln dagegen findet man Zellen, die nicht blos homogen,

sondern auch geschwollen sind. Überall geht der Prozeſs von der Peripherie nach dem Zentrum vor sich; die Zellen mit normalem, gut gefärbten Kerne verwandeln sich in epitheloide Zellen; diese letzteren zerfallen dann schlieſslich auch und verwandeln sich in eine amorphe Koagulationsmasse im Zentrum des Herdes. In allen Präparaten findet man eine oder die andere Riesenzelle, die stets in einer Zone zwischen dem amorphen Zentrum und der Peripherie mit den lymphoiden Zellen liegen; ihre Anzahl ist aber eine äuſserst beschränkte, vier oder fünf an der Zahl in jedem Knötchen. Alle Riesenzellen enthalten Kerne, die am Rande der Zelle liegen; was dafür sprechen würde, daſs das Protoplasma im Zentrum sich in einem weit vorgeschritteneren Entartungsstadium befindet als in der Peripherie.

In jedem Knötchen findet man hie und da Bazillen; in groſser Anzahl findet man sie nur in einigen wenigen Präparaten und zwar in den Herden, die sich in den tiefen Schichten der Haut, im Bereiche der gröſseren Gefäſse befinden, deren Wandungen schlieſslich von ihnen durchbrochen werden. Die Bazillen liegen meist zerstreut zwischen epitheloiden Zellen in der mittleren Zone des Tuberkels; im Zentrum fehlen sie vollständig, dagegen findet man wieder welche auſserhalb der Zone lymphozytoider Zellen, resp. in deren Peripherie. Äuſserst selten findet man einen Bacillus innerhalb des Protoplasmas einer epitheloiden Zelle; häufiger in Riesenzellen, und in diesem Falle ausschlieſslich am peripheren Rande des Protoplasmas.

Interessant sind die Beziehungen des tuberkulösen Prozesses zu den Blutgefäſsen. An vielen Stellen findet man Kapillaren mit offenem Lumen und normalen Wandungen, die aber von einer reichlichen kleinzelligen Infiltration umgeben sind. Wo jedoch der Prozeſs einen intensiveren Entwicklungsgrad angenommen hat, sind auch die Gefäſswandungen mehr oder weniger verändert. Im retikulären Derma sind die Wandungen der Kapillaren und kleinsten Gefäſse durch die tuberkulöse Infiltration, welche sie von allen Seiten umgibt und verschlingt, zerstört. Man sieht denn auch auf einzelnen Präparaten ein kleines Gefäſs des subdermalen oder subpapillaren Netzes die Peripherie eines Miliartuberkels durchdringen und sich in der Masse des Tuberkels auflösen. In der Mehrzahl der Präparate sind die so veränderten Gefäſse, wie gesagt, in der Peripherie der Herde gelegen; in einer Serie von etwa 25 Schnitten hingegen, welche der Peripherie der Ulceration entsprechen, sieht man ein kleines, querdurchschnittenes Gefäſs im Zentrum des Tuberkels, mit aufgelockerten, degenerierten Wandungen, die in den weiteren Schnitten nach und nach gänzlich verschwinden. Der Tuberkel, wo dieser ausnahmsweise Befund konstatiert wurde, unterscheidet sich aber etwas von den anderen, so daſs ich glaubte, ihn nicht zu den eigentlichen und wahren Miliartuberkeln

zählen zu können. Man findet nämlich in demselben erstens keine Riesenzellen; dann hat sich das Infiltrat nur teilweise in eine homogene Masse umgewandelt, während der andere und zwar gröfsere Teil der Zellen zu einem körnigen Detritus verfallen ist. Es scheint also, als ob es sich eher um ein erweichtes, ganz kleines skrophulodermatisches Gumma handelt, denn um ein Miliartuberkel. Ich will hier noch beifügen, dafs in diesem kolliquativen Herde besonderer Art, mit einer zentralen Arterie, sehr zahlreiche, gleichmäfsig zerstreute Bazillen vorkommen, wie man sie in einer solchen Anzahl nur an den Stellen findet, wo die degenerativen Veränderungen am weitesten vorgeschritten sind, nämlich an der Basis der Ulceration. Dies ist denn auch ein fernerer Punkt, wodurch sich dieser Herd von den anderen unterscheidet, wo die Bazillen viel spärlicher vertreten sind.

Wo kleine Gefäfse verlaufen (meist Kapillaren) mit normaler Wandung und offenem Lumen, da findet man, denselben sich anlehnend, zahlreiche lymphozytenartige Zellen mit vollem, gut gefärbtem Kerne und öfters auch wohlentwickelte Plasmazellen, so dafs man den Eindruck einer frischen Bildung hat. In Anbetracht der grofsen Menge von Bazillen zwischen den Zellen ist es höchst wahrscheinlich, dafs der tuberkulöse Prozefs in dieser Weise um die Gefässe herum beginnt und sich weiter entwickelt. Wo dagegen die Gefäfswand verändert ist (wie dies meist der Fall ist in den bereits gebildeten Tuberkeln, wo der spezifische Degenerationsprozefs in vollem Gange ist), liegen homogenisierte Zellen derselben unmittelbar an, während lymphozytenartige Zellen nur in einer gewissen Entfernung zu finden sind. In der viel diskutierten Frage, ob im Tuberkel die lymphozytoiden Zellen eine andere Abstammung hätten, als die epitheloiden Zellen, wie BAUMGARTEN dies behauptet, d. h. ob erstere aus dem Gewebe entstanden und die letzteren aus den Gefäfsen ausgewandert seien, in dieser Frage, sage ich, läfst sich offenbar die Tatsache, dafs man lymphozytenähnliche Zellen in gröfserer Entfernung von den Gefäfsen findet (PAPPENHEIM), nicht als Gegenargument verwenden. Man konstatiert dies nämlich erst in der vorgeschrittenen Periode vorgeschrittener Entartung und nicht schon in der ersten Phase der Tuberkelbildung.

Ich mufs aber noch auf andere Punkte hinweisen, die bei der Interpretation des vorliegenden Falles von Wichtigkeit sind. Die bereits erwähnten Beziehungen der Blutgefäfse zu den tuberkulösen Herden finden wir auch in den oberflächlicheren Miliartuberkeln wieder. (Fig. I, Taf. I.) Um dieselben herum findet man nämlich erweiterte Kapillaren und zahlreiche zerstreute lymphozytenartige Zellen. Dieselben lassen sich aber nur im retikulären Derma und im Unterhautzellgewebe gut studieren; dort handelt es sich nämlich um kleinste Arterien und Venen, deren Wandungen mit dem tuberkulösen Herde in direkten Kontakt geraten

sind infolge stetiger Volumzunahme des letzteren durch neues Hinzutreten von zelligen Elementen in der Peripherie. Ihre Wandungen sind deshalb auch meist nach einer Seite hin verändert, da nämlich, wo der Herd berührt wird; zuweilen sieht man dies auch an Stellen auftreten, wo das Gefäfs in seinen vielen Windungen eine starke Beugung macht. In solchen Fällen greift der infiltrative und proliferative Prozefs von aufsen nach innen um sich, wobei zunächst die Adventitia, dann die Media und zuletzt das Endothel der Intima daran kommen. Die betreffende Strecke des Gefäfses wird auf diese Weise nach und nach vollständig zerstört und gewissermafsen durch das tuberkulöse Neoplasma ersetzt, das schliefslich in das Gefäfslumen hineinragt.

Arterien und Venen in nächster Nähe eines wachsenden Tuberkels werden von dem Prozesse in gleicher Weise ergriffen. In beiden sind es wieder die elastischen Fasern und das Endothel, welche dem Zerstörungsprozesse am längsten widerstehen. So findet man in den Venen noch immer die konzentrischen Ringe, welche durch die elastischen Fasern gebildet sind, wenn alle anderen Elemente der Gefäfswandung zerstört sind. Bei den Arterien ist dies noch deutlicher sichtbar an einer braunen, wellenförmigen Linie, welche das Infiltrat durchzieht in der Richtung der zerstörten Wandung. Was das Endothel anbelangt, so zeigt dasselbe niemals Spuren von Proliferation; sie sind auch da erhalten, wo die gröfsten Zerstörungen stattgefunden haben und bilden die einzige Scheidewand zwischen dem Blutstrom und dem neoplastischen Prozesse. Nur in einzelnen Gefäfsen ist der Infiltrationsprozefs schwerer und ausgebreiteter, so dafs auch hier das Endothel zerstört ist; in anderen ist das Lumen vollständig obliteriert, während die Wandung stark verändert, infiltriert, aufgerissen war und einen Teil der tuberkulösen Masse bildete.

Um das Gesagte zusammenzufassen, kann man sagen, dafs die Gefäfsveränderungen in diesem Falle von Miliartuberkulose der Haut nicht zu unterscheiden sind von den Veränderungen bei der Eingeweidetuberkulose, da bei beiden der tuberkulöse Prozefs die Gefäfswandung angreift und zerstört, von der Adventitia gegen das Endothel vordringend; und zwar geschieht dies sowohl in den Arterien als in den Venen.

Bezüglich der Arterien mufs ich noch eine andere Form von ganz verschiedener Art erwähnen, die ich nur in einem der untersuchten Hautstücke konstatieren konnte (C), und die einen entgegengesetzten Verlauf des entzündlichen Prozesses in den Gefäfswandungen bedeutet. Diese Arteriitis zeigt in ihren Grundzügen die Merkmale einer proliferierenden Endovaskulitis; in den Serienschnitten erkennt man leicht, dafs eine der Hauptarterien des hypodermalen Netzes befallen ist und zwar ihrem ganzen schrägen Verlauf von unten nach oben entlang bis in die oberen Verästelungen die bereits zum subdermalen Plexus gehören. Topographisch

entspricht diese hypodermale Arterie mit ihren subdermalen Verzweigungen dem Zentrum des ulcerösen Herdes.

Die proliferierende Vasculitis ist in diesem Gefäfse besonders an ihren mechanischen Effekten erkennbar; diese bestehen nämlich in einer Verdickung der Wandung mit entsprechender Verkleinerung des Gefäfskalibers. Der Vorgang ist folgender: der Prozefs nimmt ungefähr die Hälfte oder höchstens zwei Drittel der zylindrischen Gefäfswandung ein, und zwar läfst sich dies besonders an der inneren elastischen Haut erkennen, die ungefähr in der Hälfte des Lumenumfanges normale Verhältnisse aufweist, mit kompakter Struktur, intensiver Orceinfärbung und charakteristischem Verlaufe der Fasern, während die andere Hälfte aufgefasert und wie in zahlreiche Filamente aufgelöst erscheint, die ziemlich entfernt von einander liegen, leicht geschlängelt verlaufen, ziemlich dünn sind und sich schwach mit saurem Orcein färben.[7]



Fig. 1.



Fig. 2.

Diese Auffaserung der inneren elastischen Haut (elastica interna) folgt dem ganzen Verlaufe der Wandung des Gefäfses, die infolge des entzündlichen Prozesses verdickt ist. So viel aus der Untersuchung einer ganzen Menge von Serienschnitten hervorgeht, geht dieser Prozefs vom subendothelialen Bindegewebe der Intima aus, ohne die Media in Mitleidenschaft zu ziehen. Zwischen den beiden Schichten, der Media und der Intima, eingeschlossen, geht die innere elastische Scheide einen regressiven Prozefs ein, weshalb sie dünn bleibt und teilweise zerrissen erscheint; doch bleibt der Zusammen-

[7] Sehr wahrscheinlich handelt es sich um denselben Prozefs, welcher in der Arteriitis syphilitica schon beschrieben war (Heubner, Stanziale, Darier, siehe Darier: l'Artérite syphilitique, Paris 1902, S. 32) Auch Mantegazza hat eine ähnliche Veränderung beobachtet in: „Contribution à l'étude de l'érythème induré de Bazin. *Ann. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1901, S. 512, und Fig. 5 der beigefügten Tafel.

hang dieses Teils der Arterie mit dem noch unversehrten Teile der Wandung erhalten infolge der Neubildung von konzentrischen elastischen Ringen. Dadurch entstehen Figuren der mannigfaltigsten Art, welche durch die „Elastica interna" gebildet werden (Fig. 1, 2). Aber die Hauptveränderung bei vorgeschrittenem Prozesse ist in der Arterienwandung, unmittelbar unter dem Endothel zu finden (d. h. ohne Zwischenlagerung der elastischen Scheide), wo man eine flache Wucherung von Bindegewebe konstatiert (Fig. 1) mit ziemlich zahlreichen spindelförmigen Zellen, ohne alle anderen zelligen Elemente. Dieses hyperplastische Gewebe dringt nun teilweise ins Lumen des Gefäfses ein, welches deformiert und verengert wird, meist aber führt sie zu einer exzentrischen Verdickung der Gefäfswand.

Es ist somit erwiesen, dafs die Hauptarterie des erkrankten Hautstückes von einer Endoarteritis befallen war und zwar längs ihres ganzen Verlaufs durch das Unterhautzellgewebe bis zu ihren Endausbreitungen im subdermalen Netze, ferner dafs der Prozefs vom Innern ausging, während zunächst die Tunica media und Adventitia noch vollständig normal waren.

* * *

Fassen wir die Resultate unserer histologischen Untersuchungen zusammen, so finden wir, dafs die Veränderungen in den erkrankten Partien der Kopfhaut ganz anderer Art waren, als in denen am Arm; bei der letzteren handelte es sich um einen schon alten Granulationsprozefs, dessen tuberkulöse Natur sich histologisch nicht mit voller Sicherheit dartun liefs. In Anbetracht dieses negativen Befundes, sowie der Tatsache, dafs dieses Granulationsgewebe eine ausgesprochene Neigung zeigte, sich in Narbengewebe umzuwandeln, in Anbetracht ferner der langen Dauer des Übels und seines langsamen Verlaufes, erscheint es als sehr wahrscheinlich, dafs es sich um eine tuberkulöse Lokalisation handelt, die pathogenetisch von derjenigen auf der Kopfhaut verschieden ist. So viel ist sicher, dafs sie keine für den Miliartuberkel positiven histologischen Merkmale aufwies und dafs sie auch klinisch nicht mit der bekanntesten klassischen Form der ulcerösen Tuberkulose übereinstimmte (Tuberculosis propria cutis, Kaposi). Deswegen mufs man sie denn auch zu jenen nicht miliaren Formen von tuberkulösen Geschwüren rechnen, die man häufig bei tuberkulösen Individuen antrifft und die man „atypisch" nennt,[8] weil ihre klinischen Erscheinungsweisen äufserst mannigfaltig sind, in Übereinstimmung mit der Infektionsweise der Haut, welche in der Mehrzahl der Fälle sowohl exo- als endogener Natur ist.

---

[8] Siehe: Jadassohn, Die Tuberkulose der Haut, in Mračeks *Handbuch der Hautkrankheiten.* 1905/06. Bd. IV.

Auf der Kopfhaut dagegen haben wir einen relativ frischen, noch in voller Aktivität sich befindenden Prozefs vor uns, wo die für den tuberkulösen Prozefs am meisten typischen Veränderungen zur Entwicklung kamen. Wir haben nämlich gefunden, dafs die impetiginöse Eruption auf der Kopfhaut bei unserer Patientin aus ebenso vielen tuberkulösen Herden bestand, wo der spezifische Prozefs durchwegs durch typische tuberkulöse Elemente oder durch Miliartuberkel vertreten ist; wir können deshalb mit Sicherheit annehmen, dafs es sich in dem vorliegenden Falle um eine miliare Hauttuberkulose gehandelt hat.

Wir haben bereits in der Anamnese gesehen, dafs bei einem Individuum mit vorgeschrittener Tuberkulose ohne sichtbare Ursache in den letzten Lebensmonaten eine „disseminierte Miliartuberkulose der Kopfhaut aufgetreten ist in der Gestalt eines pustolo-krustösen Exanthems, das, oberflächlich betrachtet, den Anschein einer peripilaren Impetigo zeigte, oder besser gesagt einer eitrigen oder ulcerösen Ostiofollikulitis, mit indolentem, subakutem Verlauf und zeitweisen Exazerbationen und einer gewissen Neigung zu spontaner Heilung.

Bei genauerer histologischer Untersuchung haben wir sodann konstatiert, dafs in jeder einzelnen Effloreszenz der Prozefs sich in der Umgebung eines Zentrums gröfster Aktivität abspielt; dieses Zentrum liegt auf der Höhe des subdermalen Gefäfsnetzes und höchstwahrscheinlich im Bereiche einer der Hauptarterien des Unterhautzellgewebes, die in schiefer Richtung von der Schädelaponeurose nach dem retikulären Derma ziehen. In der Höhe des subdermalen Netzes haben wir hauptsächlich Reaktionserscheinungen in Gestalt einer granulomatösen tuberkulösen Entzündung angetroffen; diese Reaktionserscheinungen sehen wir sodann von einem, dem Zentrum des ulcerativen Herdes entsprechenden Intensitätszentrum stufenweise gegen die Peripherie zu abnehmen, wo sich mitten im zelligen Infiltrate von geringerer Dichtigkeit hie und da ein miliarer Herd befindet.

Die gröfste Zahl der Miliartuberkel aber und zwar die typischsten von ihnen befinden sich in verschiedenen Schichten des Unterhautzellgewebes zerstreut; dort bilden sie die einzige Manifestation des tuberkulösen Prozesses und dort entfaltet sich auch nicht allein die entzündungserregende, sondern auch die proliferative Wirkung des Tuberkelbazillus durch die Bildung von epitheloiden Tuberkeln mit mehr oder weniger ausgesprochener zentraler Verkäsung.

In den oberflächlicheren Schichten haben wir keine für den tuberkulösen Prozefs charakteristischen Veränderungen gefunden, mit Ausnahme von höchstens einigen Anzeichen in den peripheren Zonen des krankhaften Herdes. In den oberen Partien des retikulären Derma, in der papillären Cutis, sowie in der Epidermis haben wir nur passive Veränderungen vor-

gefunden oder höchstens solche sekundärer Natur (Ödem, Gefäſsdilatation, Bläschenbildung usw.), welche die unmittelbare Ursache des oberflächlichen Substanzverlustes unter der Borke sind.

Es ist mir nicht möglich gewesen, Bazillen oder tuberkulöse Bildungen im Innern der Gefäſse zu finden; nur in einem der untersuchten Stücke habe ich in einer kleinen Arterie des Unterhautzellgewebes eine proliferative Endovaskulitis konstatieren können. Doch glaube ich, daſs ohne diese gewiſs äuſserst wichtigen Tatsachen der hämatogene Ursprung der Affektion in meinem Falle zweifellos ist und zwar einmal wegen der disseminierten Verteilung der Hautveränderungen, dann wegen der besonderen Umstände, unter denen sie verliefen und endlich wegen des histologischen Befundes, deren Beschreibung wir in den obigen Zeilen gegeben haben. Schon aus der Art und Weise, wie sich die Veränderungen verteilen, erkennt man, wie die Bazillen, die durch den Blutstrom nach der Haut geschwemmt worden sind, in den Hauptgefäſsen des Unterhautzellgewebes nur in geringer Anzahl zurückbehalten worden sind, um das eine oder andere von den kleineren kollateralen Gefäſsen zu obliterieren und so die Bildung von isolierten miliaren Knötchen zu verursachen. Die gröſsere Zahl dieser Bazillen dagegen bleibt naturgemäſs in den höher gelegenen Schichten im Bereiche der Knäueldrüsen stecken, da nämlich, wo die hypodermale Arterie ihre terminalen Äste nach dem subdermalen Netze sendet, welches aus Gefäſsen kleinsten Kalibers und gröſstenteils aus Kapillaren besteht.

* * *

Was den Fall zu einem besonders interessanten gestaltet, ist, wie ich dies bereits im Anfange sagte, der Umstand, daſs bei demselben eine solche Menge von Bazillen gefunden wurden. Ein derartiger Befund bei Tuberkulösen mit schweren viszeralen Läsionen ist schon von anderen Dermatologen mitgeteilt worden, die Gelegenheit gehabt haben, die Fälle histologisch zu untersuehen.[9] Aus der Gesamtheit dieser Beobachtungen läſst sich die Tatsache ableiten, daſs die Tuberkelbazillen sich in beträchtlichem Maſse im letzten Stadium der Krankheit, d. h. wenige Zeit vor dem Exitus, vermehren; und zwar gilt dies für die Haut noch mehr als für die anderen Organe, wenn es sich nämlich um embolische Verschleppung der Bazillen handelt. Aus einem derartigen bakteriologischen Befunde läſst sich nun mit Sicherheit die tuberkulöse Natur der Dermatose ableiten, auch da, wo wie in unserem Falle diese Dermatose klinisch keine spezifischen Merkmale aufweist; derselbe gewinnt aber eine besondere Wichtigkeit dadurch, daſs wir in der Lage sind, die entsprechenden histologischen Veränderungen zu verfolgen und so zu beurteilen, wie und

[9] Siehe z. B. Pelagattis Fall in loco citato, s. oben.

in wiefern in anderen derartigen Fällen die histologische Struktur als diagnostisches Kriterium verwertet werden kann.

Nun haben wir gesehen, daſs einem an Bazillen reichen Produkte die typische Struktur des tuberkulösen Gewebes entsprach, insofern als jenes aus den graulichen, käsigen miliaren Tuberkeln bestand, die man da und dort bei genauer Untersuchung der Serienschnitte erkennt. Abgesehen jedoch von dem Vorhandensein dieser Tuberkel, zeigt das übrige krankhafte Gewebe nicht sehr ausgesprochene infiltrative und proliferative Reaktionserscheinungen, die der granulomatösen tuberkulösen Entzündung eigen sind, so zwar, daſs es unmöglich gewesen wäre, die Diagnose auf Tuberkulose zu stellen in den Präparaten, wo der elementare Tuberkel fehlte.

Spärliche Bazillen haben wir auch gefunden in den isolierten Miliartuberkeln, wo offenbar die Bildung der knötchenförmigen Herde, welche sie verursachen, nicht allein den Zweck haben, jene Bazillen einzuschlieſsen, sondern sie auch an ihrer weiteren Vermehrung zu hindern und wahrscheinlich auch ihren Tod herbeizuführen; auf den letzteren folgt sodann die käsige Entartung des tuberkulösen Knötchens. Zahlreichere Bazillen haben wir im diffusen zelligen Infiltrate gefunden, aber hier nur in einer gewissen Entfernung oberhalb des subdermalen Gefäſsnetzes und da, wo das Infiltrat bereits regressive Erscheinungen aufzuweisen beginnt. Sehr zahlreich sind sie nur in den oberflächlichsten Schichten, wo offenbar das Gewebe infolge der schweren Störungen, welche die Gefäſserweiterung und das Ödem verursacht haben, nicht mehr widerstandsfähig genug sind und so von den Bazillen eingenommen werden; diese vermehren sich wahrscheinlich darin, wie auf einem Kulturboden.

Aus diesen Tatsachen läſst sich einmal ableiten, daſs ein sicherlich bazillärer Prozeſs in der Haut typische tuberkulöse Bildungen hervorrufen kann und neben denselben nicht spezifische Veränderungen, die sich auf histologischem Wege nicht diagnostizieren lassen; andererseits, daſs in einem bazillären Prozesse die Bazillen hauptsächlich da recht zahlreich sind, wo das desorganisierte Gewebe jeden histologischen Charakter einer tuberkulösen Struktur verloren hat.

Dies steht alles im Einklang mit dem, was wir aus der allgemeinen Pathologie wissen, nämlich daſs der Tuberkelbazillus auf die Gewebe wirkt, nicht sowohl durch einen direkten schädlichen Einfluſs, als durch die reaktiven Erscheinungen, die er veranlasst. Die charakteristische histologische Struktur eines bestimmten tuberkulösen Gewebes steht deshalb nicht im geraden Verhältnis zur Anzahl der Bazillen, welche zur Bildung dieses Gewebes den Anlaſs gegeben haben, wohl aber zu mehr oder weniger ausgesprochener Reaktionsfähigkeit der Gewebe. Bei dieser Gelegenheit muſs noch ein anderer Punkt hervorgehoben werden bezüglich

der Beziehungen zwischen dem lokalen Bösartigkeitsgrade in einem gegebenen Falle und der mehr oder weniger bedeutenden Anzahl von Bazillen, die sich darin befinden. Tatsächlich hatten sich in unserem Falle bei einer solchen Menge von Bazillen in der Haut nur ganz geringfügige Veränderungen im Verhältnis zu der tuberkulösen Natur der Affektion entwickelt, indem die Effloreszenzen ein impetiginöses Aussehen haben und einige von ihnen Neigung zu spontaner Heilung zeigen.

Diese verhältnismäfsige Gutartigkeit des lokalen Prozesses, die schon andere bei den disseminierten, an Bazillen reichen Formen der Hauttuberkulose konstatiert haben, steht in offenem Widerspruch mit unseren Kenntnissen über die bedeutende lokale Bösartigkeit der häufigsten Form der Hauttuberkulose, nämlich des Lupus, bei dem die Bazillen äufserst spärlich vertreten sind. Dies ist für uns ein neuer Beleg dafür, dafs die lokale Schwere des Prozesses hauptsächlich durch die besondere Reaktionsweise der Gewebe gegenüber der Wirkung des tuberkulösen Virus bedingt ist. Beim Lupus besteht der Prozefs hauptsächlich in einer granulomatösen Entzündung ohne Bildung von eigentlichen Tuberkeln und käsiger Degeneration. Die Malignität des Lupus hängt nicht so sehr von regressiven Erscheinungen ab, die zur Zerstörung der Gewebe führen, als vielmehr von der Lebensfähigkeit und Widerstandskraft des granulomatösen Infiltrates. Obwohl das letztere zwar mehr als einen Prozefs einfacher Defensive bedeutet, vermag er doch nicht, sich zu einem nützlichen Resultate aufzuschwingen und die Zerstörung der Bazillen zu bewirken oder auch nur dieselben in ihrer Vermehrung und Entwicklung zu hemmen. Aus diesem Grunde pflegt denn auch das Scrophuloderma ceteris paribus weniger schwer, d. h. heilbarer zu sein als der typische Lupus, weil man beim Scrophuloderma grofse granulomatöse Herde vor sich hat, die in ihrer Gesamtheit einen kolliquativen Prozefs eingehen; infolge des letzteren kommt es zwar wohl zu einer mehr oder weniger ausgedehnten Zerstörung der befallenen Partien, aber zugleich auch zu einer freieren Elimination der pathogenen Keime und damit auch zu einer sichereren defensiven Wirksamkeit der fibrösen Neubildung des Lupus. Um sich eine Vorstellung von der Schwere einer bestimmten Form von Hauttuberkulose als lokalen Prozefs zu machen, braucht man demnach keineswegs die mehr oder weniger grofse Anzahl von Bazillen in Berücksichtigung zu ziehen, die man bei der histologischen Untersuchung konstatiert, wohl aber einerseits die mehr oder weniger ausgesprochene Fähigkeit der Gewebe gegen das tuberkulöse Virus zu reagieren und andererseits die Form dieser lokalen Reaktion. Die Lebens- und Widerstandsfähigkeit des granulomatösen Infiltrates bedingt die Schwere des Falles mehr denn seine Labilität oder Hinfälligkeit.

Sowohl doch bei der disseminierten Miliartuberkulose, als bei allen

anderen Formen von disseminierter Tuberkulose der Haut, mit Einschlufs der Tuberkulide[10], ist die relative Gutartigkeit des lokalen Prozesses die Resultierende von verschiedenen günstigen Bedingungen zusammen genommen. Man konstatiert nämlich dort eine geringe Aktivität und Lebensfähigkeit des entzündlichen Reaktionsprozesses, gleichzeitig aber auch eine besondere Beschränkung der Reaktionserscheinungen auf kleinere und umschriebene Herde, woraus hervorgeht, dafs auch der regressive Prozefs notwendigerweise ein beschränkter sein mufs, sowie folgerichtig auch die zerstörende Wirkung auf die Haut.

Die günstigsten Bedingungen, um eine möglichst geringfügige lokale pathogene Wirkung hervorzurufen, werden deshalb in denjenigen Fällen von Hauttuberkulose angetroffen, die in bezug auf den Allgemeinzustand des Patienten ernster Natur sind. Dies ist denn auch der einzige Punkt, auf den wir einige Hypothesen bezüglich der Pathogenese gründen können.

Jadassohn meint, bei der Besprechung der verhältnismäfsigen Gutartigkeit der disseminierten Hauttuberkulose, dafs dieselbe mit ihrem hämatogenen Ursprung in Beziehung gebracht werden müsse. Wie Jadassohn richtig bemerkt, können nicht allein die Tuberkulose, sondern auch andere Affektionen, akute und chronische, durch Vermittelung der Blutgefäfse zu metastatischen Veränderungen in der Haut führen und mehr oder weniger chronisch verlaufende Exantheme mit ausgesprochener Tendenz zur Ausbreitung und symmetrischen Verteilung hervorrufen, die einen meist maculo-papulösen oder nodulären Typus zeigen, mit Neigung zur Hämorrhagie und nekrotischer Erweichung und von verhältnismäfsig geringer Bösartigkeit.[11]

Offenbar aber reicht die hämatogene Abstammung, wenn sie wirklich eine notwendige Bedingung ist, um eine solche Wirkung zu erzielen, nicht aus, um diese erstere in der oben beschriebenen Form hervorzurufen. Wir wissen nämlich heutzutage sehr wohl, dafs sich auf dem Blutwege tuberkulöse Herde in der Haut bilden können, welche die Merkmale des Lupus vulgaris und des Skrophuloderma häufiger als Formen der disseminierten Tuberkulose zeigen. Zur Erzeugung der letzteren mufs man zu einer anderen Bedingung Zuflucht nehmen, die vielleicht die Wichtigste von allen ist, eine solche Bedingung nämlich der tuberkulösen Infektion gegenüber dem erkrankten Organismus, welche nicht nur die Verbreitung der Bazillen nach der Haut (Verschleppung auf dem Blutwege) bedingt,

---

[10] In Übereinstimmung mit meinen Aussagen im Anfange dieser Arbeit betone ich, dafs ich unter „Tuberkuliden“ nur die papulo-nekrotische Form und das Lichen scrophulosorum verstehe.

[11] Jadassohn, Über tox. und hämatogene Dermatosen. *Berl. klin. Wochenschr.* 37, 38. 1904.

sondern auch deren Weiterentwicklung begünstigt, gleichzeitig aber auch die lokalen Wirkungen weniger schädlich sich gestalten läfst.

Wir überlassen es der allgemeinen Pathologie, festzusetzen, warum sich der Tuberkelbazillus in der Haut in bezug auf seine Entwicklungsfähigkeit in so verschiedener Weise verhält und seine pathogenen Eigenschaften in so mannigfaltiger Weise entfaltet. Die klinische Beobachtung und das Experiment lehren uns, dafs die Widerstandskraft der Haut gegenüber den Angriffen des Tuberkelbazillus bei den tuberkulösen Individuen viel geringer ist als bei den gesunden, so zwar, dafs es sich bei akzidenteller Hauttuberkulose infolge von Inokulation von aufsen fast stets um bereits tuberkulöse Individuen handelt.

Aus denselben Quellen wissen wir auch, dafs sich die Haut bei tuberkulösen Leuten nicht allein zur Entwicklung des Bazillus besser eignet, sondern auch dafs sie demselben gegenüber viel weniger energisch reagiert als bei gesunden; je schwächer sie aber reagiert, um so schwerer und verbreiteter wird die tuberkulöse Infektion sein.[12]

Die Tatsache, dafs der Ausbreitung des krankhaften Prozesses in zahlreichen über die Haut zerstreuten Herde ein verhältnismäfsig gutartiger Verlauf des Prozesses in jedem einzelnen Herde entspricht, ist leicht erklärlich, indem die Fülle der Veränderungen uns zeigen, dafs man es mit einer besonderen Disposition der Haut zu tun hat, kraft welcher sie sich leichter von der bazillären Invasion einnehmen läfst und die Entwicklung der Keime zuläfst. Selbstverständlich schliefst eine solche Bedingung die Möglichkeit einer intensiven lokalen Reaktion aus, da eine solche nur da bestehen kann, wo die Haut dem tuberkulösen Virus gegenüber blofs gelinde reagiert.

Dasselbe umgekehrte Verhältnis zwischen der Leichtigkeit, mit der sich die Mikroorganismen entwickeln und der Schwere der Veränderungen, welche diese Mikroorganismen in der Haut verursachen, findet sich noch in vielen anderen analogen Fällen, so unter anderen bei der Syphilis, wo die leichteren Hautveränderungen in Fällen von gewöhnlichem Verlaufe, durch die frühzeitig auftretenden Exantheme vertreten sind, d. h. durch diffuse Dermatosen, welche die ansteckendsten und dementsprechend auch die reichsten an Mikroorganismen sind.

Die reichliche Dissemination aber von metastatischen Herden hämatogenen Ursprungs in der Haut steht offenbar in direkter Beziehung mit der Schwere oder wenigstens mit dem Grade der Ausbreitung resp. Ausbreitungsfähigkeit des primären infektiösen Prozesses. Das Problem der

[12] V. Neisser, Die tuberkulösen Hauterkrankungen; *Deutsche Klin.* Bd. X, S. 164, 1902 und Jadassohn, Die Tuberkulose der Haut, in Mračeks *Handbuch der Hautkrankh.* 1905.

Pathogenese reduziert sich also schliefslich auf die Erklärung des einzigen Umstandes, wieso diejenigen Formen von Hauttuberkulose, die in bezug auf den Allgemeinzustand sich am gefährlichsten gestalten, als lokaler Prozefs eher gutartiger Natur sind.

Wohl verstanden beabsichtigen wir keineswegs diese Behauptung zur absoluten Regel zu machen, weil wir recht gut wissen, dafs es auch bei schwerkranken Tuberkulösen Fälle von Hauttuberkulose geben kann, die auch lokal unter schweren Erscheinungen verlaufen. Was doch speziell die disseminierten tuberkulösen Dermatosen anbelangt, so hat die Schwere der primären spezifischen Infektion in pathogenetischer Beziehung offenbar eine besondere Bedeutung, da sich bei derselben leichter Metastasen nach der Haut bilden und andererseits, weil in der Haut selbst besondere Bedingungen geschaffen werden, die sie weniger widerstandsfähig gegen die Bazilleninvasion und für die bakterielle Entwicklung geeigneter machen.

Dafs die Verschleppung der Bazillen nach der Haut auf embolischem Wege um so leichter zustande kommt, als der primäre tuberkulöse Prozefs schwerer ist, versteht sich von selbst. Die Frage jedoch, in welcher Weise dieselben Bedingungen eine Entwicklung der Bazillen in den Hautgeweben begünstigen sollen, ist verwickelter und schwerer zu beantworten. Eine Lösung dieser Frage wird man in den modernen Theorien der humoral-zellulären Pathologie suchen müssen.

In Übereinstimmung mit den Tatsachen, die ich im obigen auseinanderzusetzen Gelegenheit gehabt, ist man geneigt anzunehmen, dafs bei schwer tuberkulösen Individuen die verminderte Verteidigungsfähigkeit der Haut gegenüber dem pathogenen Agens in Beziehung stehe zu der verminderten Reaktionsfähigkeit der Gewebe. Danach hätte man den bedeutenden Reichtum der krankhaften Herde in der Haut an Bazillen dem Umstande zuzuschreiben, dafs es zu einer Verminderung oder gänzlichen Aufhebung des natürlichen Phänomens der Bakteriolyse gekommen ist, entweder wegen verminderter Phagozytose oder wegen einer verminderten Produktion von Amboceptoren nach der Theorie von Ehrlich.

Diese Auffassungsweise würde sich im Einklang befinden mit der Tatsache, dafs die Reaktionsfähigkeit des Hautgewebes in Gegenwart von Bazillen, welche schon anderer Umstände wegen sehr veränderlich ist, noch bedeutend erhöht werden mufs unter dem Einflusse der Kochschen Tuberkulininjektionen. Der Vermehrung der Reaktionserscheinungen mufs man auch die heilende Wirkung zuschreiben, welche auch heute noch einzelne Spezialisten mit dieser Substanz erzielen.[13]

Bei dieser Gelegenheit aber mufs bezüglich des Tuberkulins auf einen

---

[13] Siehe A. Neisser, *Therapie der Gegenwart*, Januar 1900, und McCall Anderson, *The Brit. Journ. of Dermatol.*, September 1905.

Umstand hingewiesen werden, der unter den Pathologen noch wenig bekannt ist: daſs nämlich öfters nach Injektionen dieser Substanz, obschon mit den nötigen Vorsichtsmaſsregeln und innerhalb der therapeutischen Dosen verabreicht, eine auſserordentliche enorme Vermehrung der Bazillen innerhalb der lupösen Herde beobachtet worden ist, während es doch jedermann bekannt ist, wie schwer es ist, in den histologischen Präparaten ein positives Resultat in bezug auf das Vorhandensein von spezifischen Mikroorganismen zu erzielen. Von der Möglichkeit eines solchen Vorkommnisses habe ich in der Literatur einen einzigen Fall auffinden können; derselbe wurde von KRYNSKI[14] veröffentlicht. Noch bevor ich aber Kenntnis erhalten hatte von dem Artikel des Krakauer Chirurgen, wuſste ich bereits, daſs Prof. MAIOCCHI seit 1891 in seiner Klinik in Parma allen seinen Lupuspatienten Tuberkulin injizierte[15] und bei drei derselben das gleiche Phänomen beobachtet hatte. Er hat darüber einen ausführlichen Bericht abgegeben und eine ganze Anzahl von Zeichnungen gemacht.[16]

Wir wissen nicht, unter welchen bestimmten Bedingungen die Erscheinung auftritt. Der Umstand allein jedoch, daſs sie vorkommt, zeigt uns, daſs in gewissen Fällen von Lupus die Bazillen sich in groſser Anzahl vermehren können, trotz jenes beträchtlichen reaktiven Prozesses in ihrer Umgebung; das therapeutische Serum hat nämlich dort eine biochemische Veränderung herbeigeführt. Es ist deshalb möglich, daſs gerade dieser groſse Reichtum an Bazillen, den man ganz ausnahmsweise bei den schwersten Fällen von Hauttuberkulose beobachtet, in gar keiner Beziehung steht zur verminderten Intensität der Reaktionserscheinungen, daſs sie aber durch besondere Umstände verursacht ist, welche denen in den angeführten Fällen nach Tuberkulininjektionen analog sind.

Es ist vielleicht gar nicht unwahrscheinlich, daſs man es in diesen Ausnahmsfällen mit einem ähnlichen Vorgange zu tun hat, wie bei den Reaktionen in vitro, wenn es zu einem Überschusse an Amboceptoren in Gegenwart der nötigen Beimengungen (zur Auflösung einer konstanten Menge von Bakterien) kommt, welcher die bakterientötende Wirkung der

---

[14] L. v. KRYNSKI, Ein Beitrag zum Verhalten der Tuberkelbazillen bei Lupus unter Einwirkung des KOCHschen Heilmittels. *Deutsche med. Wochenschr.* 1891.

[15] In jenem Jahre wurden in dieser Klinik, die gegenwärtig unter meiner Leitung steht, die gröſstmögliche Anzahl von Lupuspatienten aufgenommen zu dem Zwecke, die Wirkung der KOCHschen Lymphe zu kontrollieren.

[16] Eine ähnliche Erscheinung konstatiert man bei Injektionen von hohen Dosen von immunisierendem Serum gegen den Rotlauf der Schweine. Siehe hierüber A. JAROTZKY, Über den schädlichen Einfluſs groſser Dosen des Schweinerotlaufserums, *Centralbl. f. Bakter. u. Parasitenk.* Bd. 36, Nr. 14—17, 1905.

Mischung abzuschwächen oder vollständig aufzuheben befähigt ist. (NEISSER und WECHSBERG.) Es ist mit anderen Worten möglich, dafs auch hier die verminderte oder aufgehobene Bakteriolyse dem Phänomen der Komplementablenkung zu verdanken ist, welches zwar im Reagensglas leicht erhältlich, im tierischen Körper jedoch als eine grofse Seltenheit gilt.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf)

Über die Bereitung von Bädern, Waschungen und Umschlägen mit der Emulsion von Oleum cadinum und Anthrasol.

Zweite Mitteilung

von

Prof. Dr. V. MIBELLI,
ordentlichem Professor der Dermatologie und Syphiligraphie
an der K. Universität zu Parma.

Als ich im Februar 1905 in dieser Zeitschrift eine kurze Mitteilung über eine neue, von mir vorgeschlagene Formel für die Bereitung von Bädern, Waschungen und Umschlägen mit Oleum cadinum und Anthrasol veröffentlichte, war meine Sorge mehr die Nützlichkeit dieser feuchten Anwendung der Teerpräparate zur Geltung zu bringen, als genaue Anweisungen zu erteilen, damit die zu diesem Zwecke erforderliche fundamentale Emulsion immer vollkommen, stabil und in den gewünschten Verhältnissen leicht mit Wasser vermischbar werde. Es geschah dann, dafs infolge eines Druckfehlers, der in der deutschen Übersetzung meiner Schrift übersehen wurde, diese meine Formel wesentlich verändert wurde; indem da, wo gesagt werden sollte „Natronlauge zu 20° BAUMÉ", abgedruckt wurde „20%ige Sodalösung". Deswegen nahm ich mir schon damals vor, auf diesen selben Gegenstand zurückzukommen, einerseits um den untergelaufenen Irrtum zu berichtigen, der auch in MERCKS *Annalen* abgedruckt wurde,[1] andererseits um einige angemessene Regeln für die Bereitung der Mischung zu geben. Da las ich zufällig den Bericht einer Sitzung der Dermatologischen Gesellschaft in Stockholm, in welcher, nachdem Herr Dr. AFZELIUS über die guten Erfolge berichtet, die er in verschiedenen Hautkrankheiten mit den nach meinen Vorschriften bereiteten feuchten Umschlägen von Oleum cadinum erzielt hätte, Herr

---

[1] E. MERCK, *Annales 19. anneé 1905.* Darmstadt. April 1906. S. 20.

Dr. Möller darauf hindeutete, dafs er versucht hätte, Teerbäder nach meiner Formel zu bereiten, es ihm aber nicht gelungen sei, die erforderliche Emulsion zu erlangen.[2]

Ich setzte mich alsbald mit dem Stockholmer Kollegen in schriftliche Verbindung und habe konstatieren können, dafs nicht nur in den falschen Verhältnissen der alkalischen Lösung, sondern auch in anderen Punkten meine Formel unrichtig aufgefafst worden war und deswegen nicht allen, die sie versucht haben, die erwarteten Erfolge gegeben hat.[3]

Die Formel der Oleum cadinum-Emulsion, wie ich sie anfangs des Jahres 1905 gegeben habe, ist die folgende, wie sie auch genau in der italienischen Zeitung von Bertarelli abgedruckt wurde:[4]

Oleum cadinum	67,00 g
Kolophonium	11.10 „
Natronlauge zu 20° Baumé	21,90 „

Wer deshalb eine 20%ige Natronlauge gebraucht hat, hat eine Lösung von weit gröfserer Densität verwendet (d. h. von 27° Baumé), als erforderlich ist (20° B. = 14,37 %), und hat füglich keine gute Emulsion erzielen können.

Eine weitere Veranlassung zum Irrtum ist darauf zurückzuführen, dafs ich einfach „Sodalösung“ geschrieben habe, was zur Ansicht verleitet hat, dafs ich eine Lösung von kohlensaurem Natron hätte vorschreiben wollen, während dagegen, um eine gute Emulsion zu erzielen, es unumgänglich notwendig ist, sich des Natriumhydroxyds (NaHO) zu bedienen und nicht irgendeines beliebigon Natronsalzes.

Damit endlich die Zubereitung gut ausfalle, ist es nötig, dafs, nachdem das Kolophonium in dem Oleum cadinum bei einer ziemlich hohen Temperatur (gegen 100° C.) aufgelöst und mit demselben verschmolzen worden ist, man, während die Lösung noch heifs ist (60 bis 70° C.) die Natronlösung unter Umrühren zugiefst.

Um also eine gute Oleum cadinum-Emulsion herzustellen, die sich leicht und dauernd mit dem Wasser vermischt, und die zu Vollbädern oder teilweisen, sowie zu Umschlägen dienen kann, mufs man auf folgende Weise verfahren:

1. Gesondert eine kaustische Natronlösung herstellen, Densität 20° B., gleich 14,37 % NaOH.

2. In einem Gefäfs für sich das Oleum cadinum und das Kolophonium in den in der Formel angegebenen Verhältnissen vermischen, so dafs

---

[2] *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1906. Bd. 42. Heft 3. S. 160 u. 161.

[3] Herr Prof. Philippson-Palermo teilte mir vor kurzem mit, dafs er in seiner Klinik mit meiner autentischen Formel immer vorzügliche Erfolge zu verzeichnen gehabt habe.

[4] *Giorn. ital. d. mal. ven. e. d. pelle.* 1905. Nr. 3. S. 314.

das Kolophonium im Öl gelöst und mit demselben verschmolzen wird, was man durch eine Erhitzung bis zu 100 ° C. erreicht.

3. In der Mischung Oleum cadinum - Kolophonium, die auf eine Temperatur von 60—70 ° C. gehalten wird, bei beständigem Umrühren langsam die Natronlösung hinzufügen, bis man eine Flüssigkeit erhält, die ein glänzendes homogenes Aussehen hat, nicht trübe ist und keine Niederschläge bildet.

Wenn man daher dem Apotheker diese Oleum cadinum-Emulsion vorschreiben will, mufs die unterweisende Formel in folgender Weise abgefafst werden:

Oleum cadinum	67,00 g
Kolophonium	11,10 „

mische und erhitze bis zu vollständiger Lösung, dann lasse abkühlen auf 60—70 ° C. und füge langsam, unter Umrühren hinzu

Lösung von Ätznatron von 20 ° Baumé (14,37 %) 21,90 g

Mische.

Wenn die Zubereitung gut gelungen ist (von schönem, klarem, halbdurchsichtigem Aussehen), so sieht man wenn man einige Tropfen in ein Gefäfs mit Wasser fallen läfst, sich dieselbe spontan mit der flüssigen Masse vermengen, und es genügt, leicht umzurühren, um eine homogene, unveränderliche und zweckentsprechende Mischung zu erhalten.

Wenn man statt des Oleum cadinum Anthrasol gebrauchen will, so mufs man in solchem Falle, um eine vollkommene Emulsion zu erlangen, die Dosis des Kolophoniums verhältnismäfsig stark vermehren und eine dichtere kaustische Natronlösung (26 ° Baumé) = 19 % NaOH gebrauchen, aber in geringerer Menge, nach folgender Formel:

Anthrasol	25,00 g
Kolophonium	10,00 „
Ätznatronlauge zu 26 ° Baumé (= 19 %)	ca. 4,00 „

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. Dezember 1906.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

Diskussion über die Behandlung des Lupus vulgaris. Blaschko erstattet ein einleitendes, übersichtliches Referat. Günstige Resultate ergeben nur die radikale Exstirpation oder die flächenhaften Behandlungsmethoden der ganzen Lupusausdehnung, wogegen herdförmige Methoden nie zu sicheren Heilungen führen und nur palliativ wirken. Der kosmetische Effekt grofser Exstirpationen läfst fast immer zu wünschen

übrig. Dieser Grund und noch andere, namentlich die Operationsscheu, die Unsicherheit der Abgrenzung, lassen viele von der Ausführung zurückschrecken. Nächst der chirurgischen Exstirpation hat die gröfsten Heilungsmöglichkeiten die Finsensche Lichtbehandlung, die vor allem auch in kosmetischer Beziehung wundervolle Ergebnisse erzeugt. Ihre lange Dauer führt aber dazu, durch die Vorbehandlung mit schneller wirkenden, wenn auch nicht gründlichen Methoden den Herd zu verkleinern. Hier wirkt die Heifsluftmethode, die Röntgenbestrahlung und die chemischen Methoden, von denen namentlich die Pyrogallolätzung ambulant ausführbar und vorzüglich wirksam ist. Radium wirkt bei kleinen Herden. Die Hg-Quarzlampen werden möglicherweise in der Art der Finsenlampe verwendet werden können. Wichtig ist es, immer an die Möglichkeit einer internen Medikation zu denken. Kantharidin fand Bl. absolut wirkungslos, dagegen hat er zuweilen von ganz kleinen Tuberkulininjektionen, $^1/_{50}$—$^1/_{20}$ mg, die nie allgemeine, und möglichst auch kaum lokale Reaktion erzeugten, gute Erfolge gesehen.

E. Lesser zieht allen anderen Methoden die Lichtbehandlung Finsens vor, deren gute Wirkung leider durch die Unbeständigkeit der Kranken vielfach vernichtet wird. Chemische Vorbehandlung, namentlich mit Pyrogallol und mit Salzsäure nach Dreuw, kürzen die Behandlung oft sehr ab. Bei grofsem Lupus tumidus verschwindet vieles unter Röntgenstrahlen. Die Operation ist auf kleine Herde beschränkt, und leider auch bei gröfster Exaktheit nicht immer radikal genug. Grofse Herde, die mit Lappen oder gar nur mit Thierschschen Transplantationen gedeckt werden, ergeben meistens zu entsetzliche Entstellungen.

Rosenthal findet ebenfalls, dafs die zwar schnell und bei kleinen Herden meist sicher wirkende chirurgische Entfernung durch die genannten Grenzen beschränkt ist. Er empfiehlt die Röntgenbestrahlung nicht als Vorbehandlung, sondern als Nachbehandlung z. B. nach Pyrogallolätzung.

Holländer erwähnt die grofsen Operationen von Schulze-Duisburg, der ganze Gesichtshäute zur Heilung des Lupus abschält. Für die Lupusbehandlung benutzt er seine Heifsluftbehandlung und rät Reste, die danach etwa zurückbleiben, mit Finsen vorzunehmen. Ganz besonders verwendbar ist die Heifsluftmethode für den Lupus der Schleimhaut. Im Gegensatz zur heifsen Luft hält er den Paquelin für sehr wenig wirksam, viel weniger auch als das alte Brenneisen. Mit reiner Flamme (Wasserstoffflamme) und mit Sonnenstrahl und Brennglas hat er keine besonders guten Resultate, namentlich in kosmetischer Hinsicht, erhalten. In mehreren Fällen hat er einen stark verschlimmernden Einflufs der Gravidität auf den Lupus gesehen, einmal eine schnelle Besserung nach künstlichem Abort.

F. K. Schultz bespricht einige wichtige technische Verbesserungen für die Verwendung der Finsenapparate und führt die Gründe der vorzüglichen Heilresultate des Finsenschen Instituts auf: Versorgung der Kranken in Kopenhagen selbst, Ausübung der Behandlung durch sehr genau eingeübte wohltätige Damen und viele kleine technische Einzelheiten, von denen der Gesamterfolg abhängt. Sehr günstig wäre es, wenn man durch chemische Mittel eine so wochenlange Irritation erzielen könnte, wie sie das Licht macht. Denn dessen Wirkung ist eine langdauernde Gewebsreaktion, nicht bakterizid, wie Experimente mit Tuberkelbazillen im Kaninchenohr ihn gelehrt haben.

Lesser erwähnt als Vereinfachung der Technik ein mechanisches Druckglas an Stelle des mit der Hand zu haltenden.

Schild empfiehlt das Radium als Nachbehandlung nach der Röntgenbestrahlung.

Nagelschmidt bespricht alle von Blaschko abgehandelten Methoden nach den Resultaten, die sie ihm selbst ergeben haben. Als lokales Anästhetikum erwähnt er

ein neues RIEDELsches Präparat, welches ausgedehnte brauchbare Unempfindlichkeit erzielen läfst. Mit der Quecksilberlampe erzeugt man zuweilen starke Reizungen. Nach Röntgenbestrahlung bleibt nicht selten eine Empfindlichkeit zurück, die später vorgenommene Finsenbestrahlung von wochenlangen Reaktionen gefolgt sein läfst. Tuberkulinbehandlung hält er für gewagt.

BLASCHKO erwähnt im Schlufswort u. a., dafs er mit roher Salzsäure nur mäfsige Resultate erzielt habe. Er empfiehlt vor allem für den Praktiker die keine komplizierten Apparate erfordernde und sehr wirksame Pyrogallolätzung.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 82. Heft 2. November 1906.

I. **Zur Frage der Absonderung des Quecksilbers durch den Harn,** von EDWARD WELANDER-Stockholm. Nachdem man mit einer planmäfsigen Behandlung der Syphilis mit Quecksilber begonnen hatte, sah man natürlich auch die Bedeutung ein, die eine Kenntnis der Absorption und Elimination des Quecksilbers, der Remanenz desselben im menschlichen Körper habe, um diese Krankheit nunmehr auf rationelle Weise behandeln zu können. Alle Forscher kamen zu dem Resultat, dafs das Quecksilber inkonstant, periodisch aus dem Körper eliminiert werde, dafs es lange Zeiten in demselben bleibe. Auch WELANDER hatte schon 1885 durch seine Untersuchungen festgestellt, dafs Quecksilber konstant durch den Harn eliminiert werde, und dafs ein nicht geringerer Teil durch die Faeces ausgeschieden werde. Es wurden dann Untersuchungen angestellt, auch die Quantität, in der es eliminiert wird, nachzuweisen, so besonders auch von BURGIS, doch lieferten diese Untersuchungen nur annähernde Werte, sie beruhen auf der Wahrscheinlichkeit, dafs der Quecksilbergehalt des Harns bei den verschiedenen Methoden der Merkurialbehandlung uns einen brauchbaren Mafsstab für die in das Blut gelangte Metallmenge liefert. Ebenso wie BURGIS untersucht nunmehr WELANDER die Quecksilberausscheidung durch den Harn und die Faeces bei den einzelnen Kuren, Schmierkur, Injektionen, innere Anwendung, Merkolintschurz usw. Auf Grund dieser Untersuchungen, die nach der FARUPschen und nach der ALMEN-SCHILLBERGschen Methode gemacht wurden, kommt WELANDER zu ähnlichen Resultaten wie schon früher. 1. Bei der Anwendung per os ist die Gröfse der Absorption unsicher, sie kann jedoch bedeutend sein. Die Remanenz beruht auf der Gröfse der Absorption, wir können dieses nicht ohne chemische Untersuchung in jedem einzelnen Falle beurteilen. 2. Quecksilber subcutan mittels löslicher Salze, z. B. Sublimat, injiziert zeigt eine schnelle und kräftige Absorption und eine ziemlich langwierige Remanenz. 3. Die unlöslichen Hg-Präparate teilt er in zwei Gruppen ein, a) Thymol-Hg, Salicyl-Hg, Calomel; b) Oleum cinereum, Oleum Mercuriol. Von diesen nimmt Hydrargyrum salicylicum eine eigene Stellung ein. Quecksilber injiziert mittels Thymol-Hg und Calomel bewirkt keine sehr schnelle aber eine sehr kräftige Absorption, die Remanenz ist langwierig, da nach Beendigung der Behandlung Quecksilberdepots zurückbleiben, von denen die Absorption fortdauernd stattfindet, Ol. cinereum und Ol. Mercuriol zeigen langsame Absorption und lange Remanenz. 4. Bei perkulaner Hg-Behandlungsmethode ist die Absorption ziemlich schnell und kräftig, die Remanenz ebenfalls ziemlich langwierig. Je schneller und kräftiger die Ab-

sorption des Merkur bei einer Behandlung vor sich geht, um so schneller verschwinden die syphilitischen Symptome, je langwieriger die Remanenz, um so später treten Rezidive auf. Die Methode, die also die schnellste Absorption und die längste Remanenz hat, ist die beste. Aus diesem Grunde erscheint WELANDER die Schmierkur als die entbehrlichste, während die Injektionen von Hydrargyrum salicylicum eine sehr brauchbare Methode zu sein scheint.

II. **Ein weiterer Beitrag zu den strichförmigen Hauterkrankungen,** von L. FISCHEL und A. BLASCHKO-Berlin. Es handelt sich um eine 49jährige Frau, bei der die Hautkrankheit unter leichtem Fieber mit starkem Jucken auf der linken Seite des Thorax in der Axillarlinie begann. Es zeigte sich dort ein roter Fleck, der sich rasch in eine zweifingerbreite Linie ausdehnte, die Affektion stieg allmählich weiter, überschritt jedoch nirgends die Linea alba. Später wurde auch das linke Gesäfs befallen. Vom ersten Auftreten bis zur vollen Entwicklung dauerte es vier Wochen, in weiteren vier Wochen erfolgte die Abheilung ohne jede Therapie. Von Bedeutung sind bei dem Falle folgende Punkte: 1. dafs die Erkrankung scharf halbseitig war; 2. dafs vor dem Auftreten der Eruptionen auf der Haut schon einige Tage zuvor an den betreffenden Stellen Jucken und Brennen bestand unter leicht fieberhaften Erscheinungen, wie beim Zoster; 3. das völlig spontane und relativ schnelle Verschwinden der Affektion ohne jegliche therapeutische Mafsnahmen; 4. die Alteration sämtlicher Nervenplexus der erkrankten Seite; 5. die mit der Erkrankung einhergehende Atrophie der befallenen unteren Extremität. Es handelt sich hier um eine Dermatitis linearis trophoneurotica, die Ursache derselben ist wahrscheinlich ein in den hinteren Wurzeln der linken Seite verlaufender entzündlicher Prozefs. Für diese Erkrankungen gelten dieselben Gesetze wie für die in den Wurzelzonen der Haut lokalisierten Sensibilitätsstörungen; dafs nämlich selten eine einzelne, meist zwei oder mehrere aufeinanderfolgende Zonen ergriffen sind, und dafs die Axillarlinien der Extremitäten eine um so schärfere Grenze für die Hauteruptionen bilden, je proximaler die erkrankte Zone liegt, dagegen um so eher überschritten werden, je distaler die betreffende Zone liegt. Die strichförmigen Erkrankungen der Haut verlaufen auf bestimmten Richtungslinien, die während des fötalen Wachstums durch Verschiebung der Hautsegmente gegeneinander gebildet werden. Diese Linien zeichnen sich durch eine besondere Hypersensibilität aus, die sie auf Hemmungserscheinungen im trophischen Zentrum besonders stark reagieren läfst, und die es bewirkt, dafs ein auf ihnen entstandener Krankheitsherd sich infolge von Reizung der sensiblen Fasern leicht über die ganze Linie ausdehnt.

III. **Histologische Untersuchungen über das Vorkommen der Spirochaeta pallida in Geweben,** von K. SAKURAKI-Osaker. Die Untersuchungen, welche Verfasser an NEISSERS Klinik in Breslau anstellte, sind bereits in der Japanischen Zeitschrift für Dermatologie und Urologie veröffentlicht. Unter neun untersuchten syphilitischen resp. syphilisverdächtigen Kindern und totgeborenen Föten fand er in sieben Fällen die Spirochaeta pallida und zwar an folgenden Gewebschnitten: 1. Lunge sieben positive Befunde; 2. Leber sechs positive Befunde; 3. Milz drei positive Erfolge; 4. Nieren fünf positive Befunde; 5. Nebenniere drei positive Befunde; 6. Hoden zwei Erfolge bei drei Untersuchungen; 7. Knochenmark ein Erfolg bei fünf Untersuchungen; 8. Nabelschnur zwei Untersuchungen, ein Erfolg; 9. Muskelstück eine Untersuchung, ein Erfolg. Verfasser fand die Spirochäten nur im Gewebe syphilitischer Kinder, sie befinden sich im Gewebe meist extracellular und vorwiegend an den Gefäfsen entlang.

IV. **Ein seltener Fall von Leukoderma syphiliticum,** von LEOPOLD LOEW-Abbazia-Johl. Das Leukoderma lueticum befand sich im vorliegenden Falle am

Genitale und den Innenflächen beider Oberschenkel, sowie den Leistengegenden. Solche Lokalisation ist sehr selten, NEUMANN fand sie unter 370 Fällen nur dreimal. Für die Ätiologie des Leukoderma bringt der Fall keine Entscheidung.

V. **Zu der Arbeit GALEWSKYs: Über eine noch nicht beschriebene Haarerkrankung (Trichonodosis),** von EDMUND SAALFELD-Berlin. Verfasser sah einen ähnlichen Fall wie der GALEWSKYsche war, und stellt fest, dafs auch andere Autoren, z. B. MICHELSON ähnliches schilderten. Letzterer äufsert sich über die Ätiologie der Affektion wie folgt: „Offenbar entstehen die Noduli laqueati auf rein mechanischem Wege bei ungeschicktem Kämmen oder Durchwühlen des Haares mit den Fingern." Diese Deutung nimmt auch SAALFELD an, während GALEWSKY meint, dafs es sich um eine Wachstumsstörung oder vielleicht um ein ungleichmäfsiges Wachsen der Haare handelt.

VI. **Multiple Endotheliome der Kopfhaut,** von PAUL HASLUND-Kopenhagen. Da aufser einigen wenigen Fällen von MULERT und SPIEGLER nichts sicheres über diese seltene Form von Geschwüren in der Haut vorliegt, so fügt Verfasser einen neuen einschlägigen Fall hinzu, bei dem er die Geschwülste histologisch genau untersuchen konnte. Der Sitz der Geschwulst ist die Cutis und Subcutis, genau im Zentrum ist die Epidermis der Sitz deutlicher Atrophie, von einer Proliferation der Epidermis kann man absolut nirgends sprechen. Die Geschwulst ist von nicht sehr kernreichem, normalem Bindegewebe umgeben, Mastzellen sind nur spärlich vertreten. Das elastische Gewebe ist überall im Bindegewebe gut entwickelt und nicht der Sitz kenntlicher Degeneration. Neben zahlreichen normalen Lymphgefäfsen finden sich viele erweiterte mit unverletztem Endothel. Aber in diesem finden sich an anderen Stellen Veränderungen, die auf einen sicheren Zusammenhang mit der Geschwulstbildung deuten. Blutgefäfse überall normal. Die Geschwulst selbst zeigt alveolären Bau, sie ist von Zellgruppen gebildet, welche durch Bindegewebsstränge von verschiedener Dicke geschieden sind. Die Geschwulstzellen selbst sind epithelartig mit reichlichem Protoplasma, welches Ausläufer aussendet. Die Kerne sind grofs, blasenförmig, Mitosen trifft man selten. Eine bestimmte Anordnung der Zellen läfst sich nur selten nachweisen. An der Peripherie der Geschwulst trifft man kleinere Gruppen von Geschwulstzellen, die in einem präformierten Hohlraum liegen. (Forts. folgt.)

Bernhard Schulze-Kiel.

Dermatologisches Centralblatt.

Band X. Heft 1. Oktober 1906.

I. **Über Arsenzoster,** von BERNHARD SOLGER-Neifse. Ein 34jähriger Herr, welcher längere Zeit gegen ein hartnäckiges Ekzem auf ärztlichen Rat Arsen eingenommen hatte, erhielt im Anschlufs daran einen ausgedehnten Herpes zoster, besonders links, teilweise aber auch auf der rechten Körperhälfte, auch an den Fingernägeln zeigten sich Einknickungen. Unter indifferenter Behandlung heilte der Zoster schnell ab, es blieben nur kleine narbige Einziehungen, die in ihrer Umgebung eine leichte Pigmentierung aufwiesen. Verfasser bespricht dann die Hyperkeratosen nach Arsengebrauch und die Ansichten über die Natur des Herpes zoster. Er tritt dafür ein, dafs man in Zukunft etwaigen Veränderungen der peripheren Nerven und ihrer Gefäfse bei Herpes zoster mehr Aufmerksamkeit schenken wolle als bisher, indem man dabei im Auge behält, was BLASCHKO über das verhältnismäfsig späte Auftreten von Entzündungs- und Degenerationserscheinungen in peripheren Nerven sagt. Sie fanden sich, allerdings bei Beteiligung des Ganglion, erst nachträglich, zum grofsen Teil sogar erst nach Abheilen des Exanthems, doch vermutet er, dafs schon primär gleich-

zeitig mit der Entzündung im Ganglion sich irgendwelche pathologische Veränderungen abgespielt haben. Jedenfalls wird man auch bei Nichtbeteiligung des Ganglion damit zu rechnen haben, dafs pathologische Veränderungen an Neuriten und der Markscheide einer gewissen Zeit bedürfen, um deutlicher in Erscheinung zu treten.

II. **Schmierkur und Schmiersalbe**, von KROMAYER-Berlin. Bei der Wichtigkeit der Schmierkur erscheint eine kritische Prüfung der vielen neuen Salbengrundlagen sehr gerechtfertigt. So prüft K. 50 %ige Fetron-, Vasenol-, Mitin-, Resorbin-Quecksilbersalben und die von ihm angewandte 50 %ige Quecksilbersalbe, deren offizinelle Salbengrundlage einen 10 %igen Lanolinzusatz und eine sorgfältige Verreibung erhält. Es zeigte sich, dafs die schlechteste Verreibung Vasenol-, Mitin-Resorbinsalben hatten, während die KROMAYERsche eine wesentlich feinere Verreibung hatte, jedoch von der Fetronsalbe noch übertroffen wurde. Die für die Quecksilberwirkung notwendige Verkleinerung der Quecksilberkügelchen in der Salbe wird erst durch die Inunktion hervorgerufen. Der Wert einer Quecksilbersalbe richtet sich nicht danach, dafs sie schnell eingerieben werden kann, sondern dafs bei Beendigung der Inunktion eine möglichst feine Quecksilberverteilung eingetreten ist. Bei den sich durch eine schnellere Inunktion auszeichnenden Salben Mitin, Vasenol, Resorbin ist die Quecksilberverreibung geringer als bei der mehr Zeit in Anspruch nehmenden Fetron- und der offizinellen Salbe, welch letztere die beste Verreibung zeigt und danach die beste Quecksilbersalbe ist.

III. **Die parasitären Haarerkrankungen im Lichte von SABOURAUDs Forschungen**, von BORMANN-Petersburg. Verfasser gibt die SABOURAUDsche Auffassung über die Haarflechten wieder. SABOURAUD teilte sie ein in 1. Flechte der Mikrosporie, 2. Haarflechte der Megalosporie, 3. die Trichophytie tierischen Ursprungs oder der gewöhnliche Herpes tonsurans a) ohne entzündliche Follikulitis und b) mit Entzündung der Hautfollikel, 4. die Favusflechte. SABOURAUD glaubt klinisch und bakteriologisch bewiesen zu haben, dafs die Lehre von den Haarflechten fast einheitlich ist, nämlich jedem klinischen einheitlichen Bilde einer Haarflechte entspricht ein ganz bestimmter Pilz mit seiner eigenen Kultur. Therapeutisch bewähren sich Röntgenstrahlen.

IV. **Therapeutische Revue**, von MAX JOSEPH. JOSEPH berichtet über einige moderne lokale Anästhetika: Alypin, Novokain, Paranephron, ebenso über das lokale Hämostatikum Stypticin und das Ersatzmittel für Jodkalium, das Sajodin. Letzteres enthält nur ein Drittel Jod im Vergleich zum Jodkalium und bewirkte trotzdem in mehreren Fällen leichte Intoxikationserscheinungen, andererseits konnte in mehreren Fällen Sajodin in gröfsen Dosen bis zu 3 g pro die herabgesetzt werden, ohne dafs sich Jodnebenwirkungen zeigten, während die Darreichung von nur 2 g Jodkalium die Symptome des Jodismus hervorrief. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XVII, Heft 9 und 10.

Die Behandlung der Urogenitaltuberkulose mit Tuberkulinpräparaten, von DE KEERSMAECKER. Die Anwendung der verschiedenen Tuberkulinpräparate hat andauernd stattgefunden, sowohl zu therapeutischen als auch besonders zu diagnostischen Zwecken. Verfasser hat sich mit dem DENYSschen Tuberkulin, Bouillon filtré genannt, beschäftigt. Die Reaktionen, die auf diese Einspritzungen erfolgen, sind die bekannten: lokale an der Einspritzungsstelle, allgemeine und Herdreaktionen. Zum Zwecke eines guten Erfolges mufs man eine starke Angewöhnung mit möglichst geringen und möglichst seltenen Reaktionserscheinungen zu erzielen suchen. Es wird

also mit ganz dünnen Lösungen angefangen, sehr langsam gestiegen und öfters auch monatelang ausgesetzt. Verfasser hat eine ganze Reihe von Patienten mit Blasentuberkulose, die zum Teil auch sonst Anzeichen von Tuberkulose darboten, behandelt und hat sehr gute Erfolge, zum Teil auch vollkommene Heilungen erzielt. Die Einspritzungen müssen nicht zu häufig gemacht werden, etwa drei in zwei Wochen, in schweren Fällen noch weniger. Die Temperatur mufs dreimal täglich gemessen werden, die Miktionen nehmen unter dem Einflufs der Reaktion an Zahl zu, auch wird der Urin während der Reaktion trüber. Verfasser hält die Tuberkuline für spezifisch wirksame Heilmittel bei tuberkulösen Krankheiten, nur müssen die Heilungen mit kleinsten Dosen erzielt werden.

Über Malakoplakie der Harnblase, von Zangemeister. Verfasser beobachtete eine blasenkranke Frau, bei der sich cystoskopisch eine Menge breiter, kondylomartiger Wucherungen in der Blase fanden; die Beschwerden bestanden seit acht Wochen und waren mäfsig, der Urin trübe, sauer, mit zahlreichen Leukocyten. Die Herde sitzen allenthalben in der Blase, teils einzeln, teils an gröfseren Plaques konfluiert, sind gelblich bis rosafarben, von unebener Oberfläche, etwas pilzförmig, etwa 1 mm hoch und zum Teil mit einer zentralen Delle versehen. Mikroskopisch liefsen sich in abgekratzten Partikelchen in den Zellen stark lichtbrechend etwas polygonale Einschlüsse erkennen, über deren Abstammung Verfasser sich nicht äufsert. Dies Krankheitsbild ist bisher nur auf dem Sektionstisch zur Beobachtung gekommen. Mit Lues oder Tuberkulose hat es nichts zu tun. Eine therapeutische Beeinflussung des Prozesses war bisher nicht zu erkennen.

Zur Kasuistik der Steine der prostatischen Harnröhre, von Polya. Verfasser beobachtete drei Fälle von Steinen in der Prostata, die sämtlich operativ durch Sectio mediana entfernt wurden und zur Heilung kamen. Der gröfste Stein wog allein 25 g. In zwei Fällen bestanden sie ausschliefslich aus Karbonaten und Phosphaten, sind also wohl in der Prostata entstanden, haben diese zum Schwund gebracht und sind dann in die Harnröhre gewandert. Im dritten Falle handelt es sich wohl um einen Blasen- oder Harnröhrenstein, der hinter einer gleichzeitig bestehenden Striktur stecken geblieben war.

Heft 10 bringt die Mitteilung von der Gründung einer deutschen Gesellschaft für Urologie; vom 1. Januar 1907 wird dies Centralblatt gemeinsam mit den Monatsberichten für Urologie unter dem Titel *„Zeitschrift für Urologie“* erscheinen.

Die Prostatitis chronica cystoparetica, von Goldberg. Verfasser möchte unter den verschiedenen Formen der Prostatitis eine heraussondern und gründlich beschreiben, nämlich die Prostatitis jüngerer Männer, die mit Retentio urinae einhergeht. Verfasser beschreibt zwölf von ihm beobachtete Fälle, die sämtlich an schwererer Prostataerkrankung mit inkompletter Harnretention litten. Bei allen fehlten die übrigen Zustände, die sonst Retentio urinae hervorrufen, also Strikturen der vorderen Harnröhre, Prostatahypertrophie, Erkrankungen des zentralen Nervensystems, und endlich handelte es sich stets um Männer unter dem 50. Lebensjahre. Die subjektiven Beschwerden bestehen meist in einer Vermehrung der Zahl der Miktionen und einer Erschwerung der Harnentleerung. Der Beginn der Erkrankung liefs sich stets in den 30er und ersten 40er Lebensjahren feststellen. In acht von den zwölf Fällen war Blennorrhoe vorhergegangen. Die örtlichen Veränderungen betreffen Prostata, Harnröhre, Blase und Harn. Verwechselung könnte vorkommen mit Prostatacarcinom und Prostatuberkulose. Die Cystoparese entsteht oft bei schwerer chronischer Prostatitis ohne Strictura posterior. Die Strictura posterior ist selten, besteht aber oft ohne Retentio urinae. Bei Retentio und Strictura posterior bestehen entweder enge anteriore

Strikturen oder schwache chronische Prostatitis. Die Therapie mufs eine gleichzeitig die Blase und die Prostata betreffende sein. Mit grofser Geduld, Massage und Spülungen mittels Katheters bringt man oft gute Heilungen zustande.

F. Hahn-Bremen.

Dermatologische Zeitschrift.

1906. Heft 11.

1. **Über idiopathische Hautatrophie und Sklerodermie,** von Paul Busch-Innsbruck. B. beobachtete bei einer 55jährigen Frau an beiden Beinen eine Hautatrophie, welche in den Knieen und Fufsrücken die klinischen Charaktere der idiopathischen Hautatrophie vollkommen und deutlich ausgebildet aufwies, während im übrigen nur die oberflächlichsten Hautschichten atrophisch erschienen. Die histol. Untersuchung eines exzidierten Hautstückchens liefs ebenfalls die Merkmale der idiopath. Hautatrophie, chemisch-entzündliche Zustände und gleichzeitig atrophisierende Vorgänge, an den obersten Hautschichten erkennen. Inmitten der atrophischen Partien, im Bereiche der rechten Gesäfsgegend und an beiden Hüften, fand sich eine Reihe von Infiltraten, welche die gröfste Ähnlichkeit mit circumskripten Sklerodermieherden darboten, namentlich mit der von Unna als „kartenblattähnliche und keloidartige" Sklerodermie beschriebene Varietät. Bei einer zweiten, zwei Jahre später vorgenommenen Untersuchung der Frau zeigte sich, dafs die Erkrankung ihrer Ausbreitung nach stationär geblieben war, dafs aber die Sklerodermieherde sich durchaus verändert hatten; sie unterscheiden sich nach ihrem Aussehen kaum noch von der umgebenden atrophischen Haut, während sonst die im Gefolge der Sklerodermie sich einstellende Hautatrophie im Gegensatz zur idiopathischen makroskopisch und mikroskopisch ausgesprochen narbenartigen Charakter aufweist. Die in dem Fall beobachtete Kombination idiopathischen Gewebsschwundes und circumskripter Sklerodermieherde machte den Eindruck, als wenn die im Krankheitsbilde räumlich ohnehin dominierende idiopathische Atrophie an einzelnen Stellen die der Sklerodermie eigentümlichen Bindegewebsveränderungen entlehnt und vorübergehend in ihren Symptomenkomplex aufgenommen hätte. Das gar nicht so seltene, keineswgs zufällige Zusammentreffen der idiopathichen Hautatrophie mit den klinisch wichtigsten, essentiellen Erscheinungen der Sklorodermie mufs als Beweis für das Bestehen verwandschaftlicher Beziehungen zwischen beiden Krankheiten aufgefafst werden; welcher Natur diese Beziehungen sind, ist allerdings noch unbekannt.

Wie nun Sklerodermieherde im klinischen Bilde der idiopathischen Hautatrophie auftreten, so gibt es umgekehrt von circumskripter Sklerodermie, die in ihrem Verlaufe der idiopathischen Atrophie insofern gleichen, als sich an ein anfänglich erythematöses Vorstadium unmittelbar der zur atrophischen Narbe führende Gewebsschwund anschliefst, ohne dafs ein Stadium der Verhärtung (Stadium elevatum) zur Beobachtung käme; die Atrophie tritt also scheinbar idiopathisch in Erscheinung. Derartige Fälle wurden besonders von Thibierge beschrieben; sie werden begreiflicherweise gerne mit circumskripter idiopathischer Atrophie verwechselt. Den klinischen und anatomischen Befund eines solchen atypisch verlaufenden Sklerodermiefalles teilt B. ausführlich mit; auch die bei dieser Form von Sklerodermie entstehende Atrophie hat ausgesprochen narbenartigen Charakter.

2. **Resultate der Uviollichtbehandlung,** von Arthur Strauss-Barmen. Str. hat bei verschiedenartigen Hautkrankheiten in etwa 350 Fällen die Uviollichtbehandlung angewendet und vielfach sehr günstige Resultate erzielt. Schädliche Nebenwirkungen hat Str., abgesehen von ab und zu auftretender Blasenbildung, nie be-

obachtet. Bei Bestrahlung des Gesichtes müssen die Augen durch eine blaue Brille geschützt werden, Hautgebiete, die der Lichtwirkung nicht ausgesetzt werden sollen, sind mit Fett und Watte oder mit Nafalan zu bedecken; einer Beaufsichtigung bedarf der Patient während der Belichtung nicht. Um von vornherein eine kräftige Reaktion zu erzielen, sind anfänglich wenigstens einige Tage hintereinander längere Sitzungen von halb- bis dreiviertelstündiger Dauer notwendig; die Reaktion, die sich in mehr oder weniger starker Hyperämie äufsert, tritt meist erst mehrere Stunden nach der Bestrahlung ein, ihre Stärke nimmt mit zunehmender Zahl der Belichtungen in der Regel ab. Bei entzündlichen Prozessen, z. B. bei Folliculitis barbae, kommt es oft zu einer Steigerung der Entzündung, zum Auftreten aseptischer Eiterpusteln, die dann zu Krusten eintrocknen; in solchen Fällen darf erst wieder belichtet werden, wenn die Reaktion abgelaufen ist.

Indiziert ist nach Str. die Uviollichtbehandlung überall da, wo eine die Resorption befördernde Hyperämie erzielt, hautreizende und oberflächlich-bakterizide Wirkung ausgeübt, die Haut umgestimmt und der Zellstoffwechsel durch gesteigerte Oxydation angeregt werden soll. Ein äufserst dankbares Gebiet für die Anwendung der Uviollampe bilden speziell Akne, Folliculitis, Nasenröte, subakute und chronische Ekzeme, besonders auch Gewerbeekzeme, Pityriasis versicolor, Favus und Alopecien; hartnäckiger erweisen sich nach den Erfahrungen Str.s Trichophytien und zum Teil auch Psoriasis. Rückfälle kamen bei verschiedenen Dermatosen zur Beobachtung; die Behandlung, die übrigens einen ausgesprochen schmerz- und juckreizlindernden Einflufs hat, wurde dann wiederholt. Tiefenwirkung besitzt das Uviollicht nicht; trotzdem lassen sich mit ihm auch bei tieferen, in der Cutis sich abspielenden Prozessen, wie bei Lupus und Ulcus rodens, vorzügliche Resultate erzielen, wenn man vor Beginn der Lichtbehandlung das kranke Gewebe operativ entfernt oder durch Ätzmittel zerstört. Auch bei Unterschenkelgeschwüren, gangränösen Schankern, infizierten Wunden, Brandwunden, hat sich das Uviollicht gut bewährt; es ist ferner für die Wundbehandlung überhaupt, z. B. bei Transplantationen, zur Verhütung sekundärer Infektionen, bei Höhlenwunden sehr zu empfehlen.

Str. hat nun auch versucht, durch lokale Applikation von Mitteln, die sich als durchgängig für das Uviollicht erwiesen, die Lichtwirkung zu verstärken; solche Mittel sind Alkohol absolutus, Acidum carbolicum liquefactum, Sublimatlösung, Wasserstoffsuperoxyd, Lenigallol- und Anthrasolsalben mit Unguentum Glycerini usw. Entsprechende Salben bei chronischen Ekzemen. Karbolsäure bei Alopecie, Sublimatlösung bei Lupus, Wasserstoffsuperoxydlösung bei infizierten Wunden vor der Bestrahlung appliziert, führten zu rascherer und intensiverer Heilwirkung des Lichtes.

Zum Schlusse der Arbeit teilt Str. eine Reihe von Krankengeschichten auszugsweise mit, zum Teil illustriert durch Photographien der Fälle vor und nach der Behandlung.

3. **Lupus pernio**, von Rudolf Polland-Graz. Beschreibung eines Falles von Lupus pernio und kritische Würdigung der einschlägigen Veröffentlichungen anderer Autoren. Das Ergebnis seiner Beobachtungen und Untersuchungen fafst P. in folgenden Sätzen zusammen:

I. Lupus pernio ist eine eigenartige, höchstwahrscheinlich in die Reihe der Hauttuberkulosen gehörige Erkrankungsform; dies läfst sich aus der Ähnlichkeit der makroskopischen und histologischen Befunde mit lupösen Prozessen vermuten. Volle Gewifsheit kann erst der Nachweis von Tuberkelbazillen bringen.

II. Lupus pernio stellt eine selbständige Erkrankung dar, die sich durch ihren typischen Gesamtcharakter von allen Formen des Lupus vulgaris abgrenzen läfst. Die das Krankheitsbild zusammensetzenden Elemente lassen zwei Formen unterscheiden:

a) eine tumorartige mit besonderem Hervortreten der Gefäfserweiterung, welche in den tieferen Hautschichten sitzt und keine gesonderten Knötchen erkennen läfst,

b) eine oberflächlichere, welche in Form von lupusähnlichen Knoten im Gesicht und an der Streckseite der Extremitäten auftritt und eine gewisse Symmetrie erkennen läfst.

Beide Formen können bei demselben Fall kombiniert vorkommen.

III. Der Gesamtcharakter des Lupus pernio ist bedingt durch die Beteiligung des Gefäfssystems im Sinne einer venösen Stauung, in welcher auch der Grund für die eigenartige Form und Lokalisation des — höchst wahrscheinlich tuberkulösen — Prozesses zu suchen ist. *Götz-München.*

Annales des Maladies vénériennes.

Band I. Heft 4. November 1906.

I. **Über den syphilitischen Ursprung einiger Uteruscarcinome**, von Jean Franceschini - Vicenca. Schon seit langer Zeit beschäftigt sich Verfasser mit der syphilitischen Abstammung der Uteruskrebse; er ist zu der Ansicht gekommen, wie auch die Forschungen anderer Autoren bestätigen, dafs mehrere Krankheitsformen im Uterus, welche als Krebs imponieren, weiter nichts als ulceröse oder gummöse Erscheinungen einer Syphilis tarda sind, dafs die meisten Uteruskrebse sich bei Frauen entwickeln, welche früher syphilitisch waren, dafs der Krebs sich mit Vorliebe an Stellen entwickelt, wo früher luetische Erscheinungen safsen, und dafs es eine parasyphilitische Form des Uterus gibt, d. h. also syphilitischen Ursprungs, nicht syphilitischer Natur, eine Form, welche sehr hartnäckig ist gegen spezifische Behandlung; letztere Form ist der Uteruskrebs. Mit einem Wort, es scheint, dafs ähnliche Vorgänge, wie sie bei der Zunge in Form von Leukoplasien sich abspielen, auch im Uterus bestehen, welche sich dann oft später in Krebs umwandeln. Anfangs ist die Manifestation im Uterus eine wirklich spezifische Form, die eine gewisse ausgesprochene Physiognomie hat, also eine heilbare Erscheinung bei energischer spezifischer Behandlung, während sie jeder anderen Therapie hartnäckig trotzt. Vernachlässigt man sie, behandelt man sie nur lokal, so kann diese syphilitische Ulceration sehr leicht sich in einen Krebs umwandeln, und dann ist sie auch gegen Jod und Quecksilber unempfänglich. Nach seinen Erfahrungen glaubt sich Verfasser berechtigt, zu erklären, dafs eine grofse Zahl von klinischen Fällen tardiver Syphilis und Uteruskrebs einheitliche Krankheiten sind, die gegenseitig ineinander aufgehen und von denen das eine nur ein Entwicklungsstadium des anderen darstellt. Es sind also fast alle Frauen, bei denen die Diagnose Uteruskrebs gestellt wird, entweder latent syphilitisch oder syphilitisch gewesen, oder sie haben Zeichen einer unbemerkten Syphilis, besonders wenn es sich um eine konzeptionelle Syphilis handelte, oder sie haben syphilitische Männer gehabt und scheinen selbst von Ansteckung verschont geblieben, oder schliefslich sie haben öfters abortiert, Frühgeburten durchgemacht, tote Kinder geboren oder bald nach der Geburt ihre Kinder verloren, alles Beweise für die Syphilis. Zur Beweisführung dieser Sätze stellt Verfasser zuerst fest, dafs es tatsächlich eine Syphilis tarda des Uterus gibt, und schildert dann die klinischen Erscheinungen derselben, durch welche ein Krebs hervorgerufen werden kann. Als die verschiedenen Formen werden angegeben:

1. Arteriitis syphilitica des Uterus.
2. Syphilis ulcerosa tertiaria des Uterushalses.
3. Leukoplakia des Uterushalses.
4. Sclerosis luetica tertiaria des Uterus.
5. Syphilis gummosa des Uterus.

6. Fungöse intra-uterine Ulcerationen durch tardive Lues.

Es zeigt sich, daſs also die Erscheinungen gar nicht so seltene sind, sondern nur selten diagnostiziert werden. Die Gründe hierfür sind folgende:

1. Bei fast allen Fällen fehlt eine positive Anamnese und man findet meist keine Anzeichen von früherer Syphilis.

2. Bei fast allen klinischen Formen nimmt die tertiäre Uterussyphilis das klinische Aussehen anderer Krankheiten an.

3. Oft ist die spezifische Behandlung das Einzige, was die Diagnose sichern kann; diese Behandlung ist aber versäumt worden.

Es folgt nun eine Reihe einschlägiger Fälle, welche von verschiedenen Autoren veröffentlicht worden sind, und dann Fälle aus der eigenen Beobachtung.

Der Schluſs der langen und interessanten Arbeit beschäftigt sich mit der wirksamen Prophylaxe gegen das Auftreten von Uteruskrebsen. Als solche Maſsregeln empfehlen sich:

Eine regelmäſsige Behandlung aller syphilitischen Frauen drei Jahre lang von der Ansteckung an.

Entfernung der Reizungsursachen: Unsauberkeit, Weiſsfluſs, unnormale Sekrete, sexueller Miſsbrauch.

Belehrung der Frauen über die sorgfältige Reinigung der Geschlechtsorgane.

Intensive Behandlung aller Tertiärerscheinungen bis zur völligen Heilung, welche im Uterus erscheinen.

Zeitweilige genaue Untersuchung der Genitalien der syphilitischen Frauen.

Sehr energische und langdauernde Behandlung aller luetischen Frauen.

Versuchsweise Behandlung bei gewöhnlichen gynäkologischen Erkrankungen, welche eventuell an tertiäre Syphilis erinnern könnten.

Bei Einhaltung dieser Maſsregeln würden sich sicher weniger Carcinome entwickeln.

II. **Einige Fälle von tertiärer Syphilis der oberen Luftwege und des Pharynx,** von Maurice Bloch. Verfasser berichtet über sieben interessante Fälle, und zwar handelt es sich um:

1. Ein Gumma der rechten Mandel mit tertiärer Glossitis und Leukoplakie des Mundes.
2. Tertiäre Syphilis der Nase und Oberlippe.
3. Tertiäre Syphilis des Gaumensegels.
4. Syphilis ulcerosa tertiaria des Schlundes und der Nasenrachenhöhle.
5. Tertiäre Syphilis des Schlundes.
6. Tertiäre Syphilis der rechten Mandel.
7. Tertiäre Syphilis der Luftröhre, des Gaumensegels, der Zunge und Bronchien.

Die Arbeit hat nur kasuistischen Wert. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. VI, Nr. 20.

Die Behandlung des Lupus mittels Bestrahlung im Hospital St. Louis, von Chatin. Während Finsens Statistiken Miſserfolge nur in 6% der Fälle aufwiesen, berichten andere Beobachter über 25 bis 30% derselben. Verfasser erklärt diese Differenz zum Teil durch die weniger wirksamen Apparate der Nachfolger, zum Teil durch die gröſsere Sorgfalt und Peinlichkeit der Anwendung in Kopenhagen. Immerhin zieht er es vor, kleine Lupusherde durch Excision zu entfernen und alte sklerosierte Partien zu skarifizieren oder galvanokaustisch zu behandeln und bei den

ulcerierten oder wuchernden Läsionen der Phototherapie die Skarifikation mit oder ohne Anwendung von Kalium permanganicum voranzuschicken. Bei manchen Fällen von Lupus erythematodes, bei vielen stark ödematösen Läsionen und bei den Endstadien der meisten Fälle bietet die Radiotherapie höchst erfreuliche Resultate. (*Journ. de mal. cut.* Juni 1906.)

Abortivbehandlung der Syphilis durch intensive Therapie, von R. Duhot-Brüssel. Die wesentlichen Punkte seiner Ansichten über die Behandlung der Syphilis fafst Verfasser in folgenden vier Leitsätzen zusammen: Die Behandlung mufs binnen zwölf Tagen nach der Entwicklung des Primärsyphilids begonnen werden. Sie soll bestehen in der subcutanen Injektion von unlöslichen Hg-Präparaten, Calomel oder, noch besser, Oleum griseum in grofsen Dosen. Die erste Periode der Behandlung soll mindestens vier Monate betragen und soll so intensiv durchgeführt werden, als sie sich mit der Konstitution des Patienten nur verträgt. Im weiteren Verlauf werden Serien von milderer Behandlungsart verordnet nach dem Plane der chronischen intermittierenden Syphilistherapie. D. verfügt jetzt über eine Reihe von 134 Kranken (120 m. und 14 w.) im Alter von 16—36 Jahren. Unter diesen sind sechs als zweifelhaft zu bezeichnen, während bei den anderen 128 das Ziel als erreicht zu betrachten ist. Wenn keine Organerkrankung anderer Art, Alkoholismus oder sonstige Komplikation vorliegt, sind Gefahren nicht zu befürchten. Verfasser hat vielen Patienten 15 und 20 Injektionen mit einem Gehalt von 0,14 cg Hg gegeben ohne irgend welchen Nachteil. Unter weit mehr als 10000 Injektionen, welche er im Laufe von zwölf Jahren gegeben hat, konstatierte er nach Calomel nur vier und nach Oleum griseum nur drei Abscesse. Allerdings mufs man die Technik voll beherrschen.

Nr. 21.

Abortivbehandlung der Furunkel, von A. Vikentiev. Folgendes Verfahren soll bei frühzeitiger Anwendung niemals im Stich lassen: Zunächst seift man tüchtig ab mit Spiritus saponat. kalin.; nach gründlicher Bearbeitung wird mit 40—50% Alkohol abgewaschen, und alsdann wird ein nur kleiner Wattebausch, der mit derselben Flüssigkeit getränkt ist, auf die Stelle aufgelegt und dort bis zur völligen Verdunstung liegen gelassen. Darauf wird zum zweiten Male gründlich eingeseift, doch läfst man nunmehr den Schaum auf dem Furunkel eintrocknen. Ein Verband wird nicht aufgelegt. Wenn noch keine Eiterbildung stattgefunden hat, genügt in der Mehrzahl der Fälle eine einmalige solche Behandlung, um die Involution zu bewerkstelligen. (*Vratchnebnaya Gaz.* 1906. Nr. 35.)

Behandlung der hereditären Syphilis beim Neugeborenen mittels Hg-Injektionen, von Bodin. Ein zwei Monate altes Kind eines syphilitischen Vaters, welches seit einigen Tagen nach der Geburt schon wegen charakteristischer Erscheinungen mit Liquor van Swieten (täglich 20 Tropfen) behandelt worden war, kam in sehr desolatem Zustande zur Aufnahme. Das stark abgemagerte Kind hatte öfteres Erbrechen, fortwährende Entleerung von dünnen grünen Stühlen, Coryza in höherem Grade, Dyspnoe, reichliche Erosionen an den Lippen und in der Umgebung des Afters, und konfluierende Papeln an den Schenkeln und der Leistengegend. B. fing sogleich mit der Verabreichung von subcutanen Einspritzungen von Hg bijodid an. Im ganzen erhielt das Kind im Laufe der Zeit zwischen dem 19. Mai 1904 bis zum 2. Februar 1905 mittels 51 Injektionen ein Quantum von 146 mg des Salzes. Eine Besserung trat sehr schnell ein, und zurzeit ist das Kind frei von luetischen Symptomen und schwerer als ein Durchschnittskind seines Alters. (*Soc. scient. et méd. de l'Ouest.* 3. Februar 1905.)

Philippi-Bad Salzschlirf.

Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venereologie.
(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.)
1906. Nr. 9.

I. **Die pathologischen Veränderungen bei chronischem Harnröhrentripper,** von J. Bukovsky-Prag. (Fortsetzung.) Weitere detaillierte Besprechung der pathologisch-anatomischen Veränderungen in den Harnröhren der Fälle XII—XV. (Schluſs folgt.)

II. **Über die Flora der Geschlechtsorgane im gesunden und kranken Zustande,** von Leon Karwacki. (Fortsetzung.) Im vorliegenden Kapitel befaſst sich Verfasser zuerst mit der Klassifikation der beschriebenen Abweichungen von den typischen Spirochäten. Was die näheren Befunde bezüglich der Transformation des Treponema pallidum in die Spirochaeta pallida anbelangt, so läſst sich nach Verfasser vom theoretischen Standpunkte nicht ausschlieſsen, daſs diese Transformation durch einen geschlechtlichen Prozeſs angebahnt wird; es scheint aber nach den Ergebnissen von Leuriaux und Geets, die mit den Resultaten Verfassers im groſsen und ganzen übereinstimmen, daſs der ganze Entwicklungszyklus des Treponema pallidum auch ohne geschlechtliche Vorgänge vor sich gehen kann. — Weiters berichtet Verfasser über die Technik des Spirochätennachweises im Gewebe und über die Ergebnisse pathologisch-anatomischer Untersuchungen in verschiedenen Organen Syphilitischer. Statistische Tabellen orientieren den Leser über die bisherigen positiven Spirochätenbefunde sowohl bei hereditärer, wie bei erworbener Syphilis. Die eigenen diesbezüglichen Untersuchungen Verfassers beziehen sich auf 152 Fälle (70 Fälle von nichtsyphilitischen Erkrankungen, wie weiche Schanker und Condylomata acuminata, und 82 Fälle ven Lues). In den Präparaten von nichtsyphilitischen Fällen wurde nie Spirochaeta pallida nachgewiesen, in den Syphilisfällen wurde sie in 65% nachgewiesen. Die positiven Befunde gruppiert Verfasser in folgender Weise: 1. 40 Fälle, wo nur Spirochaeta pallida gefunden wurde, 2. zehn Fälle mit Spirochaeta pallida, Cytorrhyctes und fadenförmigen Gebilden, 3. ein Fall mit Cytorrhyctes, fadenförmigen Gebilden und Treponema, 4. ein Fall, wo lauter Cytorrhyctes zu finden waren, und 5. ein Fall mit Spirochäten im Zustande des Zerfalles.

Zum Schluſs des Kapitels referiert Verfasser über die Ergebnisse verschiedener Autoren der Überimpfungen der Syphilis auf Affen und über die Spirochätenbefunde bei denselben. (Schluſs folgt.) *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Bücherbesprechungen.

Die wichtigsten Erkrankungen der Haut (mit Ausnahme der tuberkulösen Hautaffektionen), von E. Galewsky-Dresden. Aus dem Handbuch der Kinderheilkunde, von M. Pfaundler-München und A. Schlossmann-Düsseldorf. In den Kinderjahren sind es besonders das Säuglings- und erste Kindesalter, welche unter Hautkrankheiten viel zu leiden haben. Wundsein, Ekzeme, Nesselfriesel sind an der Tagesordnung. Kinder ohne jegliche Hautkrankheiten sind geradezu selten nach Galewskys Meinung. Dies hängt von der Zartheit der Haut ab sowie von der Einwirkung hereditärer und diathetischer Faktoren. Dazu kommen reizende Einflüsse der Sekrete und Exkrete, daneben wirken unter Umständen toxische Momente vom Verdauungs-

kanal her ein sowie die Art der Ernährung selber. Auch nervöse, reflektorische Reize sind im Kindesalter auf die Haut nicht selten zu beobachten. In manchen Familien sind gewisse Hautleiden vererbt, wie Ichthyosen, Xeroderma pigmentosum oder Epidermolysis bullosa. Von den Diathesen kommen die skrophulöse und lymphatische vorzüglich in Betracht, demnächst die gichtische. Die Hygiene der Haut des jungen Menschenkindes besteht vor allem in der Reinigung von den Sekreten und Exkreten, von Staub, Schweifs und Fett. Dazu dient am besten lauwarmes Wasser und milde, reizlose Seife, am besten UNNAsche Basisseife. Das Vollbad des Neugeborenen soll 35° C. warm sein und am Ende des ersten Lebensjahres auf 33 und 32° C. herabgehen. Als Zusätze empfehlen sich Weizenkleie oder Feldkümmel bezw. Kamillen. Während von letzteren einige Hände voll, vorerst in Wasser abgekocht, dem Bade zugesetzt werden, tut man die Weizenkleie, ½—3 Pfund, in einen Leinenbeutel und läfst sie eine halbe Stunde in fünf Litern Wasser kochen. Den Abgufs schüttet man ins Bad. Kalte Vollbäder und Douchen vermeide man im ersten Lebensjahr. Der Verfasser wendet sich hierauf zur allgemeinen Therapie der kindlichen Dermatosen. Intern stehen dem Arzte hauptsächlich Arsenik bezw. die Kakodylsäure, Pilokarpin, Sirupus Jaborandi, Ergotin, Milchsäure, Eisen, Ichthalbin, Leberthran mit oder ohne Phosphor, Salicyl, Antipyrin und Bromkalium zur Verfügung. Von den Bädern kommen neben den einfachen Bädern solche von Eichenrinden, Leim, grüner Seife, Schwefel, Sublimat, Kaliumpermanganat, Teer, Salz und Soole in Betracht. Von Pudern, Ölen und Fetten wird man die reizlosesten hauptsächlich gebrauchen. Im folgenden gibt der Verfasser eine kritische Zusammenstellung der spezifisch auf die Haut wirkenden Heilmittel und wendet sich dann den einzelnen Dermatosen des Kindesalters zu. Jede derselben ist in äufsert knapper und auch anschaulicher Weise beschrieben. Klinisches Bild, Ätiologie, Pathologie, Diagnose, Prognose und Therapie finden Erwähnung. Zum Teil sind den Beschreibungen Abbildungen beigegeben. Am Schlufs des Buches finden sich einige bunte Tafeln mit der Wiedergabe von Moulagen.

Hopf-Dresden.

Die Geschlechtskrankheiten und ihre Behandlung ohne Quecksilber, von JOSEF HERMANN. (Hans Hedewigs Nachf., Kurt Ronniger, Leipzig.) Es dürfte für viele Kollegen von Interesse sein, zu hören, was der bekannte Wiener „Primararzt“, der die Syphilis „erfolgreich ohne Quecksilber behandelt“, für sonderbare Vorstellungen von den Geschlechtskrankheiten, ihrem Wesen und ihren Folgezuständen hat. Ohne mit ihm streiten zu wollen, möchte der Berichterstatter doch kurz auf das Wesentlichste seiner Ausführungen eingehen. Als Trostwort schreibt HERMANN über das erste Kapitel den lapidaren Satz: Die Syphilis ist eine örtliche Krankheit. Sie hat nur primitive und konsekutive Formen. Zu ersteren zählt man erstens das syphilitische Geschwür, den Schanker, zweitens die Blennorrhagie oder Tripper. Ersterer hat folgende Folgeformen: Bubonen, syphilitische Exantheme, die syphilitischen Feigwarzen oder Kondylome. Der Tripper aber weist folgende Folgeformen auf: die Hodenentzündung bezw. Entzündung der BARTHOLINIschen Drüsen, den Bubo, die Feigwarze, sowie den Blasenhals- und Blasenkatarrh. So lange man die Syphilis nicht mit Merkur behandelte, d. h. also in der ältesten Zeit der Heilkunde, so lange sah man die Syphilis auch als lokales Leiden an „und man kannte aufser den unmittelbaren Folgeformen auch nicht den Begriff einer konstitutionellen syphilitischen Erkrankung“. Erst mit dem „Quecksilberschwindel“ trat die konstitutionelle Syphilis auf. Die Krankheitserscheinungen, welche die sogenannte sekundäre und tertiäre Lues hervorrufen, fand der Verfasser an den Arbeitern in Quecksilberbergwerken und Spiegelfabriken, bei Thermometermachern und anderen Leuten, die viel mit Merkur zu tun haben. Ein grofses Wort spricht HERMANN ungemein gelassen aus, wenn er

rund heraus erklärt, daſs Eltern, welche dereinst an primitiver Syphilis ohne Quecksilberbehandlung gelitten haben, vollständig gesunde Kinder erzeugen. Kinder von Eltern dagegen, deren Lues früher merkuriell behandelt worden sei, zeigten häufig übererbte Krankheiten, vor allem Skrophulose. Viele Kinder von Quecksilberarbeitern wiesen letztere durchgehends auf. „Die pathologische Anatomie" — so fährt der Verfasser fort — „findet in den Knochen solcher Individuen, welche im Leben an sogenannter Knochensyphilis litten, das Quecksilber im reinen Zustand. Klare und präzise Vorstellungen vermögen des Verfassers Systeme und Theorien jedenfalls nicht zu erwecken. Man höre seine Einteilung der Hydrargyrose, die also unserer sekundären und tertiären Syphilis entspricht, in eine selbständige Quecksilberkrankheit und in Übergangsformen.

Es unterscheidet Hermann:

1. die Hydrargyrose an der äuſseren Haut unter der Form des merkuriellen Hautausschlages, des wandernden Hautgeschwürs, der Erkrankung des Haares und der Nägel;

2. die Hydrargyrose an der Schleimhaut unter der Form des Mund-, Rachen-, Kehlkopf- und Nasengeschwürs;

3. die Hydrargyrose im System der fibrösen Gebilde unter der Form der Beinhaut- und Knochenentzündung;

4. die Hydrargyrose im Nervensysteme unter der Form von Nervenschmerzen, Gemüts- und Geistesstörungen;

5. die Hydrargyrose im Systeme der Drüsen unter der Form der Entzündung der Speichel-, Haut- und Lymphdrüsen;

6. die Hydrargyrose im Systeme der inneren Organe unter der Form von Entzündung und deren Produkte;

7. die Hydrargyrose im Systeme des Blutumlaufes ohne bestimmte örtliche Erscheinung der krankhaften Produkte unter der Form des merkuriellen Siechtums: Merkurialkachexie.

Zu den „Übergangsformen" der Hydrargyrose zählt der Verfasser:

1. die Tuberkulose an dem Individuum selbst,
2. die Skrophulose durch Übererbung an die Nachkommenschaft.

Dem Arzte bilden die Ausführungen des Verfassers eine Quelle der Belehrung oder des Staunens, je nachdem wie man es auffaſst. So ist das Kondylom eine selbständige Folgeform der anfänglichen syphilitischen Erkrankung und man trennt es in das breite und in das spitze. Beide sind „syphilitisch" in des Verfassers Sinne. Das breite Kondylom findet sich nach ihm auch häufig als Folge des Trippers. Der syphilitische Hautausschlag — dabei ist die Lues keineswegs konstitutionell! — ist nur dann ein solcher, wenn er noch während des Bestehens des Schankergeschwürs oder höchstens acht Tage nach dessen Vernarbung auftritt. Sein Sitz soll in den zahlreichsten Fällen die Nähe der ersten syphilitischen Ansteckungsstelle sein. Nach diesem Hexensabbat von falschen Erklärungen und Theorien darf es sich der Referent versagen, auf die quecksilberfreie Syphilistherapie des Verfassers einzugehen.

Hopf-Dresden.

Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität, herausgegeben unter Mitwirkung namhafter Autoren im Namen des wissenschaftlich-humanitären Komitees von Dr. Max Hirschfeld. VIII. Jahrg. (Max Spohr, Leipzig 1906.) Aus dem reichen Inhalte der achten Ausgabe des Jahrbuches für sexuelle Zwischenstufen, das als guter Bekannter zu uns kommt, möge nur einiges hervorgehoben sein. Das Buch wird eingeleitet durch einen schon früher besprochenen, auch gesondert erschienenen Beitrag „Vom Wesen der Liebe" vom

Herausgeber. Geschlechtstrieb und Geschlechtserregung sind voneinander unabhängig. Die Genitalreflexe treten vielfach auch dann in Erscheinung, wenn der Geschlechtstrieb selber zweifellos gar keine Rolle spielt. Die beginnende Vergröſserung der Vorsteherdrüse vermag z. B. auf die Erektionsnerven reizend zu wirken. Auch die blennorrhoische Urethritis vermag oft reflektorische Reizungen dieser Art auszulösen. Auch die morgendlichen Erektionen haben mit dem Geschlechtstrieb nichts zu tun, sondern beruhen auf dem Drucke und der starken Füllung der Harnblase. Hirschfeld berichtet von einem Homosexuellen, der gar keine Neigung zum Weibe hatte, aber seine Morgenerektionen stets zum ehelichen Coitus benutzte. Auf diese Weise, die nicht widernatürlich genannt werden darf, wurde der Betreffende siebenmal Vater. Die Erektionen, welche gewisse Nahrungs- und Genuſsmittel, so u. a. der Weingeist, hervorrufen, sind hier ebenfalls zu erwähnen. Für die Unabhängigkeit des Sexualtriebes als einer Äuſserung des cerebralen Geschlechtszentrums vom Geschlechtsapparat spricht andererseits auch die Tatsache, daſs bei ausgeschlossener sexueller Befriedigung infolge von medullären Leiden doch der Geschlechtstrieb vollkommen intakt bleiben kann. Tabeskranke erfreuen sich oft des gröſsten Triebes. Frauen können auch nach dem Schwinden der Menstruationszeit, wenn also jede Befruchtung schon ausgeschlossen ist, noch den stärksten sexuellen Trieb empfinden. Schlieſslich vermag ja auch die Reizung der Leitungsbahnen zwischen Gehirn und Rückenmarkszentrum Samenentleerungen hervorzurufen, wie das Tierexperiment beweist. Auch hat man bei Erhängten und Geköpften frische Samenergüsse vorgefunden, welche zur Zeit der Hinrichtung erfolgt waren. Im sexuellen Akt liegt keine absolute Beweiskraft für die Richtung des Triebes. Die bloſse Möglichkeit, mit Frau wie Mann gleichzeitig verkehren zu können, erlaubt es noch nicht, weder beim Manne noch bei der Frau auf wirklich bisexuelle Triebrichtung zu schlieſsen. Zur Bildung dieses Urteils ist das Verhalten des Individuums vor, während und nach dem Akte heranzuziehen. „Je mehr der Geschlechtstrieb beteiligt ist, um so mehr Wert wird von den Partnern auf das Vor- und Nachspiel des eigentlichen Verkehrs gelegt werden." Zusammenfassend drückt sich Hirschfeld so aus, daſs die Summe der erforderlichen Sinnesreize dem Geschlechtstrieb umgekehrt, der Grad der Aktivität hingegen der Anziehungskraft des Objektes direkt proportional ist. Der Hirschfeldschen Arbeit folgen Abhandlungen von Elisabeth Dauden Hey über „Die Urnische Frage und die Frau", von Benedikt Friedländer über „Kritik der neueren Vorschläge zur Abänderung des § 175", der Freiin Undine von Verschner über „Die Homosexuellen in Dantes Göttlicher Komödie" und des Amsterdamer Neurologen von Römer über den „Uranismus in den Niederlanden". Friedländer schlägt neben der Streichung des § 175 folgende gesetzliche Bestimmungen vor: § 176 soll sagen: Mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren wird bestraft, wer eine willenlose, bewuſstlose oder geisteskranke Person des einen oder des anderen Geschlechts zu unzüchtigen Handlungen miſsbraucht. Bei mildernden Umständen Gefängnisstrafe nicht unter sechs Monaten. § 177: Mit Zuchthaus wird bestraft, wer durch Gewalt oder Drohung ... eine Person des einen oder anderen Geschlechts zur Duldung unzüchtiger Handlungen nötigt oder zu unzüchtigen Handlungen miſsbraucht. Bei mildernden Umständen Gefängnisstrafe nicht unter einem Jahre. § 182: Mit Gefängnis bis zu einem Jahre wird betraft, wer eine unbescholtene Person des einen oder anderen Geschlechts, welche das 16. Lebensjahr nicht vollendet hat, zu unzüchtigen Handlungen verführt. Einer Studie von Hans Freimark über „Frau Helena Petrowna Blavatzky", folgt eine solche von O. Kiefer-Stuttgart über „Hadrian und Antinous". P. Näcke-Hubertusburg gibt „Einige psychiatrische Erfahrungeu als Stütze für die Lehre von der bisexuellen Anlage des Menschen." Zum Schlusse neben anderen Beiträgen

folgt, wie jedes Jahr, die Bibliographie der Homosexualität für 1905, zusammengestellt von NUMA PRAETORIUS, sowie der Jahresbericht vom Herausgeber. Dem Texte des Buches ist eine Reihe von Abbildungen beigegeben. *Hopf-Dresden.*

Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Erkrankungen des Urogenitalapparates, von M. NITZE-Berlin, S. JACOBY-Berlin und A. KOLLMANN-Leipzig. I. Jahrgang. Bericht über das Jahr 1905. (J. Karger, Berlin 1906.) Zum ersten Male treten die Verfasser mit einem Jahresbericht über die Leistungen auf dem Gebiete des Urogenitalapparates in die Erscheinung und erwarben sich dadurch ein grofses Verdienst bei allen, welche auf diesem Gebiete arbeiten und die es dadurch viel leichter haben, sich die einschlägige Literatur zu suchen. Wie in den anderen Zweigen der Medizin schon seit längerer Zeit solche Jahresberichte erscheinen, so wollen jetzt auch die Verfasser stets die Weltliteratur eines Jahres aus ihrem Gebiete sammeln, um so den Spezialkollegen ein möglichst vollständiges bequemes Sammelorgan für weitere wissenschaftliche Forschung an die Hand zu geben und gleichzeitig diejenige Übersicht zu bieten, die gegenwärtig notwendigerweise derjenige bedarf, dem es Herzenssache ist, oder dem sein Beruf die Pflicht auferlegt, sich auf dem ihn interessierenden Gebiete auf dem Laufenden zu erhalten. Im Gegensatz zu den Centralblättern, die nur die gerade zurzeit erschienenen Arbeiten erwähnen können, soll durch diesen Jahresbericht alles das, was im verflossenen Jahre im In- und Auslande im Gebiete der Urologie veröffentlicht worden ist, übersichtlich zusammengestellt und kurz und prägnant besprochen werden. In erster Linie ist bibliographische Vollständigkeit erstrebt worden. Die Arbeiten sind einzeln mit grofser Sorgfalt referiert, um ihr Auffinden im Texte schnell zu ermöglichen, ist der Name des Autors stets fett gedruckt worden. Hinter demselben steht jedesmal in Klammern die Zahl, unter welcher der Titel seiner Arbeit in dem jedem Kapitel vorangehenden Literaturverzeichnisse rangiert. In diesem letzteren sind, um den Leser schnell über den Literaturumfang des ihn gerade interessierenden Themas zu unterrichten, die Arbeiten nach ihrem Inhalte angeordnet. Jeden Autor und jede Arbeit ohne Mühe aufzufinden, ermöglicht ein sorgfältiges Sach- und Namensregister. Die Einteilung des Berichtes ist kurz folgende:

I. Anatomie.
II. Physiologie.
III. Pathologische Anatomie.
IV. Pathologie des Urogenitalapparates und Therapie der Erkrankungen desselben.
  a) Nieren und Harnleiter.
  b) Blase und Prostata.
  c) Blennorrhoe und ihre Komplikationen.
  d) Chirurgische Erkrankungen des Penis, der Urethra, des Samenstranges, Hoden, Nebenhoden, Samenblase.
  e) Nervöse Störungen des Harn- und Genitalapparates.
  f) Die Krankheiten des weiblichen Urogenitalkanales.
V. Harnchemie.
VI. Bakteriologie.

Den Schlufs bilden dann die Sachregister und das Namenregister.

Die einzelnen Abschnitte sind von den verschiedensten Forschern bearbeitet, während die Verfasser, von welchen leider inzwischen MAX NITZE gestorben ist, den ganzen Stoff dann zu dem Werke vereint haben. Die Ausstattung des Buches ist einfach und gediegen, die Form handlich.

Jedenfalls haben sich die Herausgeber mit ihrer Schöpfung ein grofses Verdienst erworben und die Aussicht, dafs von nun ab jährlich ein derartiger Bericht vorliegen

wird, wird sicher jedem die Freude an der Arbeit heben und ihm viel Zeit ersparen im Suchen nach einschlägiger Literatur. Wir möchten daher an dieser Stelle den fleifsigen Arbeitern den Dank für ihr Unternehmen aussprechen und den Wunsch äufsern, dafs das Werk ernster Arbeit in jeder Weise seinen Zweck erfüllen möge.

Bernhard Schulze-Kiel.

Der erste Skleromfall in Schleswig-Holstein, von G. Heermann-Kiel. (Carl Marhold, Halle a. S. 1907.) H. hielt im physiologischen Verein in Kiel am 7. Mai 1906 einen Vortrag über eine Patientin von 25 Jahren mit einem Sklerom der Nase. Da diese Krankheit in Schleswig-Holstein noch nicht zur Beobachtung gekommen ist, so gibt H. einen kurzen Überblick über die ganze Affektion und demonstriert dann mikroskopische Präparate, welche die Diagnose beweisen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Das Rhinosklerom, von Max Toeplitz und Henry Kreuder-New York. (Carl Marhold, Halle a. S. 1907.) Bisher sind etwa 600 Fälle von Rhinosklerom bekannt. Verfasser veröffentlichen zwei weitere Fälle aus New York, deren klinische Erscheinungen Toeplitz beschreibt, während Kreuder über die histiologischen und bakteriologischen Befunde berichtet. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Herpes zoster ophthalmicus, von Osterroht. (Carl Marhold, Halle a. S. 1907.) In einer längeren Arbeit beschreibt Verfasser den klinischen Verlauf des Herpes zoster ophthalmicus und die von seiten des Auges auftretenden Komplikationen, sodann die pathologische Anatomie und die über den Herpes zoster überhaupt aufgestellten Theorien, ferner die Ätiologie, Diagnose und Therapie.

Bernhard Schulze-Kiel.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Bakterien im scharlachkranken und im normalen Halse, von Gustav F. Ruediger-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* 13. Okt. 1906.) 75 mit Material aus scharlachkrankem Halse beschickte Blutagarschalen zeigten sämtlich zahlreiche Kolonien von Streptococcus pyogenes, und zwar waren diese Kolonien reichlicher bei stärkerer Halsentzündung, schwächer bei milderem Verlaufe der Halsbeschwerden. Einige Male wurden Diphtheriebazillen, Bacillus mucosus und Bacillus influencae gefunden; gelegentlich waren auch Staphylococcus aureus und citreus und Micrococcus tetragenus vorhanden.

Die Impfung von Material aus gesundem Hals auf Blutagar ergab in 30 von 51 Fällen spärliche Anwesenheit von Streptococcus pyogenes-Kolonien, in 21 Fällen fehlten diese völlig. *Schourp-Danzig.*

Die Behandlung des Scharlachs mit Serum, nach den Literaturangaben, von A. N. Saltykow-Charkow. (*Arch. f. Kinderheilk.* 44. Bd. IV.—VI. Heft.) Die Serumbehandlung soll in schweren wie in leichten Fällen angewandt werden; es soll auch die prophylaktische Wirkung geprüft werden. Die negativen Erscheinungen der Serumbehandlung wie ihre Nebenwirkungen sind im Vergleich zur Krankheit selbst von so geringer Bedeutung, dafs sie von der Serumanwendung nicht abhalten können. Der Vorzug gehört nach Ansicht des Verfassers dem Serum von Moser; vielver-

sprechend ist auch das Serum von Marpmann. Nach Escherich bildet die Heilkraft des Moserschen Serums bis jetzt nur einen kleinen Teil dessen, was man wünschen und hoffen kann. *Schourp-Danzig.*

Zur Scharlachuntersuchung, von N. Henry. (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 43.) *Fritz Loeb-München.*

Über Streptokokkenvaccine und deren Verwendung beim Scharlach des Menschen, von G. Gabritschewsky - Moskau. (*Centralbl. f. Bakteriol. usw.* 1906. Nr. 7 u. 8.) G. hat beim Scharlach Versuche mit Streptokokkenvaccine gemacht. Die Scharlachvaccine, welche Verfasser verwendete, ist eine konzentrierte Bouillonkultur von Streptokokken, welche von Scharlachfällen gewonnen, durch Erhitzen bis auf 60° C. abgetötet waren und der man darauf 0,5%iges Phenol zugesetzt hatte. In Kubikzentimeter ist 0,02—0,03 Satz von bakterieller Masse, durch Zentrifugieren gewonnen, enthalten; 0,02 ccm dieses Satzes entspricht 0,005 g der Trockensubstanz. Nachdem die Vaccine behufs gleichmäfsiger Verteilung des Satzes durchgeschüttelt war, wurde in das Zellgewebe des Unterleibs oder Rückens zum erstenmal 0,5 ccm eingespritzt (für Kinder von zwei bis zehn Jahren) und die Injektion nach Verlauf von sieben bis zehn Tagen noch zwei Mal wiederholt, wobei die Dosis entsprechend der erhaltenen Reaktion unter möglichster Vermeidung einer Temperatur von über 39°, 1½—2 mal vergröfsert wurde. Dosis für Kinder unter zwei Jahren zweimal geringer, für Erwachsene zweimal gröfser. Bei bestehendem Fieber keine Vaccination. Die Anwendung dieser Vaccine bei 700 Scharlachkindern hat die Präventivwirkung derselben bestätigt. Die weitere Verwendung der Vaccine wird ihre praktische Bedeutung schnell klären und die Dauer der Immunität nach derselben fixieren. Als Folge der Impfung tritt ein kleinpunktförmiges Exanthem auf, das dem wahren Scharlachausschlag sehr ähnlich ist, nur ohne nachfolgende Desquamation; in einigen Fällen zeigte sich aufserdem noch Angina, seltener Erbrechen. Das Vaccineerythem hält ein bis drei Tage an und wiederholt sich nicht bei späteren Vaccinationen. Von höherem Fieber als 39°, gewöhnlich nur gegen 38° ist es selten begleitet, Lymphdrüsenschwellungen fehlen. Dafs dieselbe Vaccine bei dem einen Kind ein Exanthem, bei anderen aufserdem Erbrechen und Angina, bei dritten gar keine Erscheinungen hervorruft, erklärt sich durch die verschiedene Empfänglichkeit des kindlichen Organismus gegen Streptokokken. Wenn nun, was durch zahlreiche Beobachtungen bestätigt ist, durch Anwendung der Vaccine Morbidität und Mortalität des Scharlach abnimmt, so kann nach G. kein triftiger Grund gegen die Spezifität des Scharlachstreptococcus mehr angeführt werden. In diesem Falle ist von der Vaccination mit Sicherheit eine Abnahme der Morbidität und Mortalität des Scharlachs zu erwarten. Kompliziert der Streptococcus aber nur das Grundleiden, so läfst sich von ihrer Anwendung wenigstens eine Abnahme der Mortalität erwarten; auf jeden Fall ist die Vaccination als ein neues, billiges Mittel bei der Bekämpfung des Scharlachs zu betrachten. *Putzler-Danzig.*

Zur Frage über die spezifische Natur des Scharlachstreptococcus, von W. Nedrigailow-Charkow. (*Centralbl. f. Bakteriol. usw.* Bd. 42. Heft 2.) N. hält im Gegensatz zu Gabritschewsky den Streptococcus, welcher beim Scharlach sich findet, nur für ein Element, welches diese Infektion in verschiedenem Grade kompliziert. Dennoch begrüfst er den Gabritschewskyschen Vorschlag, den Scharlach mit Streptokokkenvaccine zu behandeln, mit Freuden, weil seiner Ansicht nach durch die Massenanwendung dieses Vaccins die Frage über die spezifische Natur des Scharlachstreptococcus vollständig entschieden werden wird, wenn auch das Antischarlachserum nicht spezifisch gegen Scharlach selbst wirkt, sondern nur gegen seinen steten Begleiter den Streptococcus. Ein wirksames Scharlachserum mufs erstens ein Schutzmittel sein

gegen die Infektion, zweitens mufs es als therapeutisches Mittel in den frühesten Momenten des Scharlachausbruchs den besten Effekt geben. *Putzler-Danzig.*

Über die Wirkung einer kochsalzarmen Nahrung auf die Gewichtsverhältnisse Scharlachkranker, von H. Pater-Paris. (*Presse méd.* 1906. Nr. 40.) An einer kleinen Zahl von Scharlachkranken zeigte sich der Vorteil einer Diät ohne Kochsalz. Die Nahrung wurde gut vertragen und gern selbst von den Kindern genommen, welche mit Appetit afsen. Der Nutzen zeigte sich in einer steigenden Gewichtszunahme von Anfang an. Die chlorarme Diät wirkt abkürzend auf die Krankheit, indem es den Anfang der Rekonvaleszenz beschleunigt und den Kampf gegen die Krankheit und eventuelle Komplikationen bei den kräftigen Patienten erleichtert. Dabei ist diese Diät gefahrlos und kann sofort befolgt werden, sobald das Fieber fällt, sie wirkt ähnlich oder noch besser als Milchdiät gegen eine Nierenentzündung und läfst eventuell nach dem Fieber vorhandene Albuminurie dauernd verschwinden. Verfasser empfiehlt daher diese Diät ohne Salz allen Scharlachkranken. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Anwendung des Streptokokkenimpfstoffs bei Scharlach, von S. J. Zlatogoroff-St. Petersburg. (*Centralbl. f. Bakteriol. usw.* Bd. 42. Heft 1 u. 2.) Verfasser hat einen gesunden Menschen — bei diesem ohne jegliche Reaktion und 115 Kinder und Erwachsene prophylaktisch mit Streptokokkenvaccine geimpft, ohne dafs einer an Scharlach erkrankte, trotzdem die Impfungen immer erst dann vorgenommen wurden, wenn im Hause oder auf der Abteilung ein Patient an Scharlach erkrankte. Ferner hat Z. 425 Diphtheriekranke geimpft, von denen 62 einen Scharlachausschlag bekamen, den Verfasser auf die Impfung zurückführt. Für die Ansicht, dafs es sich um einen echten Scharlachausschlag handelt, spricht der weitere Verlauf der Krankheit mit ihren charakteristischen Komplikationen: Otitis, Nephritis usw. Dafs der Ausschlag kein toxischer ist, d. h. nicht hervorgerufen durch den Streptokokkenimpfstoff, dagegen spricht der Umstand, dafs bei nicht Diphtheriekranken die Streptokokkenimpfung keinen derartigen Ausschlag gab oder wenigstens ein Krankheitsprozefs sich bemerkbar machte (Angina), der auf eine der Impfung stattgefundene Scharlachinfektion hinwies. Dennoch ist nach Ansicht des Verfassers das Material noch zu gering, um über diese Fragen ein sicheres Urteil fällen zu können. Da aber die Impfung bei strenger Asepsis absolut ungefährlich ist, so empfiehlt Z. dem Verfahren mehr Aufmerksamkeit zuzuwenden, als es bisher der Fall war. *Putzler-Danzig.*

Die innerhalb einer Hausepidemie an zwei „toxischen" Scharlachfällen beobachtete Wirkung des Aronsonschen Antistreptokokkenserums, beurteilt auf Grund einer kritischen Durcharbeitung der Literatur, von Waldemar Klasske. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1906.) Einleitend skizziert Verfasser eine Scharlachepidemie, die ihm Gelegenheit zu seinen Beobachtungen gab und erörtert dann ausführlich die ätiologische und serotherapeutische Seite der Scarlatina. Eine einheitliche Auffasung ist bisher in beiden Fragen noch nicht erreicht.

Die Resultate, die Verfasser mit Aronsonschem Antistreptokokkenserum erzielte, sind sehr eklatant und ermutigen, in jedem prognostisch ernsten Fall das Mittel anzuwenden. *Fritz Loeb-München.*

Salicylspirituskompressen bei Scharlach usw., von Solt-Nitau. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 9.) S. hat in etwa 50 Fällen von Scharlachangina 2% Salicylspirituskompressen mit so ausgezeichnetem Erfolg angewandt, dafs nur zwei Todesfälle eintraten; ebenso günstig wirkten dieselben bei Cerebrospinalmeningitis und in drei Fällen von Blennorrhoe beim Weibe. Auch bei Aknepusteln bewährten sich die Salicylspirituskompressen vorzüglich. *Putzler-Danzig.*

Ein Fall von malignem Ikterus im Gefolge von Scharlach, von H. W. L. Barlow. (*Brit. med. Journ.* 4. Aug. 1906.) Ein 6½jähriges Mädchen erkrankte am

42sten Tage der Rekonvaleszenz nach Scharlach mit Kopfweh, Halsschmerzen und allgemeinem Unwohlsein und mäfsigem Fieber. Die Rachenschleimhaut war etwas hyperämisch und lieferte Kokken (spezielle Art nicht genauer bezeichnet). Am folgenden Tage trat leichter Ikterus hervor; der Urin enthielt ein wenig Eiweifs, keine Cylinder. Exitus letalis erfolgte unter Steigerung der Allgemeinerscheinungen in drei Tagen nach Beginn der Störung. Bei der Autopsie fand sich eine blasse, nicht gerade verfettete oder erweichte Leber mit deutlicher Zeichnung; einige Zellen zeigten Schrumpfung und Höhlenbildung. In verschiedenen Lymphstämmen der Kapsel fanden sich Pigmentmassen. Die Nieren zeigten stellenweise nephritische Erscheinungen an den Kanälchen. Eine Kulturanlage aus der Leber gab in einem Falle ein spärliches Bazillenwachstum, und auch aus der Niere wurden spärlich Bazillen gezüchtet. Ein definitives Resultat ergab sich also nicht. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Scharlach, kompliziert mit Ikterus, von Klingmüller-Strehlen. (*Die ärztl. Praxis.* 1906. Nr. 16.) Beschreibung eines Falles von Scarlatina bei einem 49jährigen Manne, in deren Verlaufe sich Ikterus eingestellt hat. Wesentliche Drüsenschwellungen waren nicht vorhanden. Die Leber war etwas vergröfsert, doch ist es unwahrscheinlich, dafs dadurch auch die an der Porta hepatis gelegenen Drüsen derartig vergröfsert worden wären, dafs sie den Ausführungsgang der Gallenblase verlegen konnten. Naheliegender scheint dem Verfasser der Gedanke, dafs das Scharlachgift vielleicht eine Änderung seiner Virulenz erlitt, so dafs dann die Störungen im Verdauungstractus in den Vordergrund treten.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Ein Fall von Cerebrospinalmeningitis bei Scharlach, von Joy M'Kenzie. (*Glasgow Journ.* Mai 1905.) Ein sechsjähriger Knabe machte Scharlach durch und befand sich nach der typischen Desquamation wohl. Nachdem er drei Tage schon aufser Bett war, erkrankte er aufs neue unter Kopfschmerzen, Fieber, Halsbeschwerden und erythematösem, skarlatiniformem Hautausschlag, dem bald ein septischer Ausschlag folgte unter Schwellung der Nackendrüsen und beiderseitiger Otorrhoe. In den Ulcerationen der Tonsillen fanden sich reichliche kurzkettige Streptokokken. Der Exitus erfolgte unter den Erscheinungen der Cerebrospinalmeningitis, welche der Verfasser als Komplikation von einer zweiten Attake des Scharlachs oder von einer Reinfektion ansieht, indem er sich auf die bekannte Tatsache beruft, dafs das Scharlachvirus zu einer Streptokokkeninvasion prädisponierend wirkt. *Schourp-Danzig.*

Über die urämische Intoxikation im Verlaufe der Scharlachnephritis, von Alfred Bouchet. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 301.) *Fritz Loeb-München.*

Über den derzeitigen Stand einer prophylaktischen Behandlung der Scharlachnephritis mit Urotropin, von Buttersack-Heilbronn. (*Med. Corresp.-Bl. des Württemberg. ärztl. Landesvereins.* LXXV. Nr. 41.) Unter Beziehung auf eine Beobachtungsreihe von 35 Fällen stellt der Verfasser zunächst die absolute Unschädlichkeit der prophylaktischen Urotropindarreichung fest. Sämtliche schlechten Erfahrungen anderer Autoren müssen sich den Einwand gefallen lassen, dafs die Heilwirkung bei dauernder Darreichung vielleicht besser gewesen wäre, und dafs es einen grofsen Unterschied macht, an welchen Krankheitstagen das Urotropin gegeben wird. Durch die Statistik ist eine Einwirkung des Mittels auf die Verhütung der Scharlachnephritis wahrscheinlich gemacht. Die Dauerverabreichung nach Buttersack ist der temporären nach Widowitz vom theoretischen und praktischen Standpunkte aus vorzuziehen. Weitere Versuche sowohl in prophylaktischer Hinsicht als auch bei ausgesprochener Scharlachnephritis sind berechtigt, da nur grofse Zahlen aus vielerlei Orten, Zeiten und Epidemien endgültigen Entscheid bringen können.

Schourp-Danzig.

Über Angina ulcerosa und über die Perforation des Gaumensegels bei Scharlach, von Jules Pivert. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 424.)
Fritz Loeb-München.

Der Wert von Natrium salicylicum bei Scharlacharthritis und anderen Gelenkaffektionen, von Ralph Stockmann-Glasgow. (*Edinburgh med. Journ.* Sept. 1906.) Natrium salicylicum wirkt auf den allgemeinen Verlauf des Scharlachs ungünstig und beeinflufst die Gelenkaffektion nicht. Desgleichen ist es wirkungslos bei blennorrhoischer Arthritis, bei pyämischer Gelenkaffektion und bei Muskel- und Gelenkschmerzen bei Influenza. *Schourp-Danzig.*

Die Masern im Jahre 1904 in der Charité beobachtet bei jungen Mädchen, von P. Arnaud. (*Thèse de Lyon.* 1905. Nr. 159.) *Fritz Loeb-München.*

Über die Koplikschen Flecken. Ihre Bedeutung für die Diagnose und Prophylaxe der Masern, von André Bing. (*Thèse de Paris.* 1905.)
Fritz Loeb-München.

Masern als Komplikation bei Typhus abdominalis, von C. F. Zillie-San Remo. (*Brit. med. Journ.* 24. März 1906.) Ein in voller Rekonvaleszenz nach Typhus befindlicher Patient erhielt Besuch von einem im Prodromalstadium der Masern befindlichen Freunde. Etwa 14 Tage später entwickelte er unter Temperatursteigerung einen ausgedehnten, charakteristischen Masernausschlag, der in vier Tagen wieder völlig verschwand. Das subjektive Befinden und der Allgemeinzustand wurden durch den Zwischenfall nicht im geringsten gestört. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bucco-pharyngeale Komplikation bei Masern im Kindesalter. von Prosper Agéon. (*Thèse de Paris.* 1903/04. Nr. 293.) *Fritz Loeb-München.*

Laryngitis stridula im Beginne der Masern (Koppsche Krankheit), von Condulmer. (*Rivista medica.* März 1906.) Der Fall betrifft einen neunjährigen Knaben, bei dem ein Tag vor dem Ausbruche der Masereruption ein Anfall von falschem Croup aufgetreten war. Es handelt sich hier keineswegs um ein neu entdecktes Vorkommnis, indem dasselbe bereits im Jahre 1812 von Campagnac angegeben worden. Zu den gewöhnlichen Erscheinungen jedoch gehört es auch nicht, wenigstens im Beginne des Exanthems. *C. Müller-Genf.*

Morbilli und Diphtherie, von Thure Hellström-Stockholm. (*Med. Blätter.* 1906. Nr. 20—24.) H. berichtet in diesem, auf dem fünften Nord. Kongrefs für innere Medizin zu Stockholm gehaltenen Vortrage über 229 Patienten, welche im Laufe von zehn Jahren (1894—1903) an Morbilli und Diphtherie im Stockholmer Epidemiekrankenhause behandelt worden sind. Von diesen litten 112 an Masern, die durch hinzutretende Diphtherie kompliziert waren, während 117 Diphtheriepatienten waren, die im Verlaufe der Diphtherie an Masern erkrankten. In allen Fällen wurde die Diagnose der Diphtherie durch Darstellung in Kulturen der Klebs-Löfflerschen Bazillen bestimmt worden. Die sehr sorgfältig ausgeführte, statistische Arbeit sei Interessanten zum Nachlesen empfohlen. *Putzler-Danzig.*

Über Koinzidenz von Masern und Diphtherie, von Heinrich Strauss. (Inaug.-Dissert. Strafsburg 1905.) Resümee! 1. Entgegen den Angaben von Jürgensen kommt Verfasser auf Grund seiner Arbeit zum Schlufs, dafs die Masern eine Disposition zur Diphtherie der Rachenorgane und Luftwege verleihen und ferner, dafs in diesem Falle die Diphtherie die Neigung besitzt, in die tieferen Lufwege fortzuschreiten. 2. Die Diphtherie im Verlaufe der Masern befällt meist von vornherein den Larynx und schreitet dann gewöhnlich nach abwärts. Sehr selten tritt sie im Larynx allein auf; etwas häufiger findet sie sich anfänglich im Pharynx und Larynx zugleich. Im Gegensatz hierzu lokalisiert sich die diphtherische Entzündung bei der Diphtherie im Verlaufe des Scharlachs und bei der gemeinen Diphtherie zunächst im Pharynx und

geht dann auf die Luftwege über. 3. Masern im Verlaufe der Diphtherie sind selten und weisen dieselbe Mortalität auf wie die genuinen Masern. 4. Der Fieberverlauf gestaltet sich im ersteren Falle, wo die Diphtherie nach den Masern auftritt, für letztere wie bei der schweren Form der Masern, bei der Diphtherie ist er atypisch. Im zweiten Falle, wo die Masern zu der Diphtherie hinzutreten, gilt für beide dasselbe, nur mit dem Unterschied, daſs der Fieberverlauf der Masern demjenigen der leichteren Form entspricht. *Fritz Loeb-München.*

Die Ausbreitung der Röteln und die Schwierigkeit ihrer Prophylaxe gelegentlich ihres Auftretens im Heere, von J. Noir. (*Le progrès. méd.* XXI [1905]. Nr. 32.) Es ist schon darum schwer, etwas gegen die Verbreitung der Röteln in der Miliz zu tun, weil vielmals der Verlauf unkenntlich bleibt. Merkwürdig aber ist die Beobachtung, daſs in den Kasernen die jungen Leute mehr an Röteln erkranken, während die anderen drauſsen im Zivil doch viel mehr mit dem groſsen Publikum in Berührung kommen und gröſsere Ansteckungsgefahr haben. N. bringt diesen Umstand mit den ungünstigen Verhältnissen in den Kasernen und mit dem mangelhaften Ersatze des französischen Heeres zusammen. Denn es gibt eben in Frankreich beim Zweikindersystem viel weniger Auswahl an Rekruten und waffenfähigen Mannschaften als in Deutschland und Österreich, und bei diesem Fürliebnehmen laufen naturgemäſs viel empfängliche und wenig widerstandsfähige mit unter. *Arthur Rahn-Berlin.*

Das Verhalten der Leukocyten bei Röteln, von Wilhelm Hildebrandt und Karl Thomas-Freiburg. (*Zeitschr. f. klin. Med.* 59. Bd. 2.—4. Heft.) Die Verfasser machten ihre Beobachtungen bei 13 Fällen gelegentlich einer Rötelepidemie in der medizinischen Klinik zu Freiburg i. B. Die Gesamtmenge der Leukocyten zeigte verminderte oder niedrignormale Werte; das Minimum lag zwischen 2840 und 5640. Dagegen wurden nach Ablauf der Krankheit ausnahmslos hochnormale Werte oder eine geringe Vermehrung der Leukocyten bis auf 1300 festgestellt. Das Minimum der Gesamtzahl der Leukocyten fällt durchschnittlich auf den dritten Tag nach Ausbruch des Exanthems. Die Zahl der neutrophilen Zellen sinkt gleichmäſsig ab; im Gegensatz dazu tritt korrespondierend mit dem Sinken der Neutrophilen eine relative Vermehrung der einkernigen Zellen (groſse und kleine Lymphocyten-Übergangsformen) auf, und zwar tritt ihr höchster Wert zu der Zeit auf, wo die Neutrophilen ihr Minimum erreicht haben. Die Zahl der eosinophilen und basophilen Zellen zeigte Abweichung von der Norm. Besonders charakteristisch verhielten sich die sogenannten Türkschen Reizungsformen; von diesen im normalen Blute nicht vorkommenden Zellen wurden bis zu 16,76% beobachtet. Bei Benutzung der Leishmanschen Methode zeigt das Protoplasma eine so intensive Blaufärbung, wie sie sonst an Leukocyten des normalen Blutes nie zur Beobachtung kommt. Dabei ist die Färbung des Protoplasmas ungleichmäſsig und fleckig. Das Maximum der Türkschen Reizformen fand sich zwischen dem dritten und fünften Exanthemtage. Die roten Blutkörperchen und die Blutplättchen zeigten kein irgendwie auffallendes Verhalten. Ob dieses stets gleichartige Blutbild nur den Röteln zukommt, kann nur eine Untersuchung des Blutes bei solchen Krankheiten mit Sicherheit erweisen, die nach Art des Exanthems zu Verwechslung Anlaſs geben könnten: Scharlach, Masern, gewisse Formen von Dermatitis und Urticaria. Auf Grund ihrer Untersuchungen glauben die Verfasser die Rubeolen nach dem Blutbild gegen Scharlach und Urticaria, sowie Dermatitis universalis abgrenzen zu können; hinsichtlich der Masern muſs es weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben, ob ihre Abgrenzung gegenüber den Röteln auch auf Grund des Blutbildes möglich ist. *Schourp-Danzig.*

Über Miliaria epidemica, von Wilhelm Scholz-Graz. (*Zeitschr. f. klin. Med.* 59. Bd. 5. und 6. Heft.) Die Miliaria epidemica, der Schweiſsfriesel, ist in den letzten

50 Jahren nur selten in gröfseren Epidemien beobachtet worden. Die letzte Epidemie spielte sich im Bezirk Rudolfswerth im April 1905 ab und befiel 103 Personen, darunter nur drei männliche, meistens im 20. bis 40. Lebensjahre. Aus den 32 Krankengeschichten, welche der Verfasser bringt, geht hervor, dafs die Krankheit in drei Stadien verläuft: Stadium des Schweifses, des Hautausschlages und der Rekonvaleszenz. Das Leiden setzt jedoch nicht immer akut ein, das eine oder andere Symptom kann weniger ausgeprägt sein oder völlig fehlen. Besonders ist das Exanthem zuweilen nur sehr gering angedeutet.

Eine besondere Stellung nimmt die chronische Form ein, bei welcher die Patienten nach Überstehung einer heftigen Miliaria sich nicht mehr völlig erholen und stets wieder an den der Miliaria eigentümlichen Schmerzattaken und zeitweise auftretenden Schweifsen leiden. Nach Scholz sind in solchen Fällen gewisse, vielleicht vasomotorische Störungen nach der akuten Erkrankung zurückgeblieben. — Das einmalige Übersehen der Krankheit scheint keine dauernde Immunität hervorzurufen. Frauen nach dem Wochenbett oder nach der Menstruation sollen besonders prädisponiert sein. Wie auch frühere Epidemien, fiel die letztere ebenfalls in die Frühjahrszeit, nach einer langen Regenperiode. Die Möglichkeit einer direkten Übertragung von Person zu Person ist nicht von der Hand zu weisen.

Schourp-Danzig.

Über die pockenverdächtigen Formen der Varicellen, von Wilhelm Ebstein-Göttingen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 19.) E. beschreibt fünf Fälle von Varicellen, die in ihrem Exanthem viele Ähnlichkeit mit echten Pocken aufwiesen und von den behandelnden Ärzten zum Teil als pockenverdächtig, zum Teil direkt als Variolafälle angesprochen wurden. Solche Irrtümer sind nach E.s Anschauung nicht wohl möglich, wenn man bei der Diagnosenstellung nicht allein auf die Form der Effloreszenzen Rücksicht nimmt. Die einzelnen Effloreszenzen bei Varicellen können allerdings den Effloreszenzen bei echten Pocken durchaus gleichen, und selbst das mikroskopische Bild von Varicellenpusteln entspricht unter Umständen vollständig dem histologischen Befnnde bei Pockenpusteln; das war auch bei einer der mitgeteilten Beobachtungen, bei der es sich um die hämorrhagisch-gangränöse Varietät der Varicellen mit sekundärer lokalisierter Eiterung handelte, der Fall. Was aber das Varicellenexanthem von dem Variolaexanthem unterscheidet, das ist sein frühzeitiges Auftreten ohne längeres Eruptionsfieber oder länger dauernde initiale Allgemeinerscheinungen, seine rasche Entwicklung und die in den einzelnen Fällen allerdings in verschiedener Häufigkeit und Ausdehnung auftretenden Nachschübe. Diese Art der Eruption, die schubweise Entwicklung ist es, die im allgemeinen wohl auch das remittierende oder intermittierende Fieber solange kontinuierlich unterhält, bis keine neuen Schübe mehr erscheinen. Die auch bei Variola in den ersten zwei bis drei Tagen nach Beginn des Exanthems häufig vorkommenden Nachschübe sind mit denen bei Varicellen nicht zu verwechseln, weil bei diesen die erste Eruption schon am zweiten Krankheitstage erfolgt und die Eintrocknung bereits am vierten Tage beginnt. — Zum Schlusse weist E. darauf hin, dafs Kranke, bei denen die Form des Exanthems zunächst eine Unterscheidung zwischen Pocken und Windpocken nicht gestattet, geimpft und isoliert werden müssen, aber nicht mit Variolakranken zusammengelegt werden dürfen. Es empfiehlt sich, solche Pockenverdächtige auch mit rotem Licht zu behandeln. *Götz-München.*

Bericht über einen Fall von konfluierender Varicella, von J. T. Nesch-Halifax. (*Lancet.* 24. Febr. 1906.) Ein vierjähriges Mädchen kam mit einer milden Attake von Scharlach ins Krankenhaus und entwickelte während des günstigen Verlaufs derselben unter Fiebererscheinungen sehr plötzlich am ganzen Körper einen

intensiven Varicellenausschlag. Die Konfluenz, der ungewöhnlich starke Foetor und die Pustelbildung an vielen der Bläschen hätten ohne genauere Beobachtung leicht zu der Diagnose Pocken Anlaſs geben können. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Varicella bullosa, von H. Freeth-Llangollen. (*Brit. med. Journ.* 24. März 1906.) Bei sonst ganz gewöhnlichem Verlauf bot das dreijährige Kind am dritten Krankheitstage drei groſse Blasen dar, von denen die gröſste einen Längsdurchmesser von 4½ und einen Querdurchmesser von 3½ Zoll aufwies. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Hautstigmata der Varicellen, von Marfan. (*Soc. de Pédiatrie,* März 1906.) Im Gegensatze zur allgemein verbreiteten Ansicht, daſs die Varicellen keine sichtbaren Spuren auf der Haut zurücklassen, hat Marfan gefunden, daſs die eruptiven Elemente, ganz unabhängig von Traumata oder sekundärer Infektion, Spuren hinterlassen können, die über die Natur der vorausgegangenen Eruption nicht den geringsten Zweifel aufkommen lassen dürften. Dieselben bestehen in weiſsen Flecken, die noch Jahre lang nach der Krankheit sichtbar sind. Es werden drei Varietäten beobachtet: alle sind von milchweiſser Farbe, während aber die einen gar nicht über die umgebende Haut erhaben sind, ist dies bei anderen der Fall; noch andere haben in ihrer Peripherie einen schmalen Pigmentring; diese Varietät wird aber nur kurze Zeit nach der Eruption beobachtet. Die Erscheinung soll in etwa 10% der Fälle gefunden werden. *C. Müller-Genf.*

Die Histologie der Hautläsionen bei Varicella, von E. E. Tyzzer-Manila. (*Philippine Journ. med. scienc.* Vol. I. Nr. 4.) Das Material zu dieser Arbeit lieferten 38 erwachsene Filipinos, männliche Insassen des Gefängnisses zu Manila. Impfversuche an einer Serie von Kaninchen und Affen ergaben in allen Fällen ein durchaus negatives Resultat. Die Untersuchung hatte insofern aber praktischen Wert, als es sich darum handelte, zu entscheiden, ob nicht vielleicht ein diagnostischer Irrtum und in Wirklichkeit Variola vorlag, für welche Affen beim Impfen mit dem Virus sehr empfänglich sind. Von elf typischen Fällen entnahm Verfasser dann (ohne Gefrieren und ohne Kokaininjektion) durch glatte Schnitte Läsionen in allen Stadien der Entwickelung. Das Ergebnis seiner Untersuchungen, die er unter Beifügung einer Reihe von schön ausgeführten Abbildungen bespricht, ist ungefähr folgendes: Das Anfangsstadium zeigt das Auftreten von eigentümlich mit Eosin sich färbenden Körpern in den Kernen und dem Plasma der epithelialen und anderen Zellen. Mit diesen eingeschlossenen Körpern ist eine direkte Kernleitung ohne nachfolgende Teilung des Plasmas verbunden. Die so affizierten Zellen erreichen manchmal enorme Dimensionen (Unnas Ballonzellen). Am auffallendsten tritt diese Entartung an der Epidermis hervor, ist aber auch an fast jedem Zelltypus des Coriums zu beobachten. Die Epidermis bietet auch die Reticulum bildende Entartung dar, jedoch nur in geringerem Grade. Als weiteres Stadium sieht man dann eine rasch fortschreitende Vernichtung von kleinen Gebieten der Epidermis mit Exsudation und Bläschenbildung einhergehend. Das Exsudat dringt in die Epidermis ein; es bilden sich mehrere Hohlräume, die schnell zu einer einzigen groſsen zusammenflieſsen. Exsudative Zellen, wahrscheinlich vom Endothel herstammend, finden sich frühzeitig in der Epidermis und später auch im Corium in gröſserer Anzahl vor, wobei sie amöboide Bewegungen und Phagocytose erkennen lassen. Auf den Zerstörungsprozeſs folgt sofort die Wiederherstellung. *Philippi Bad-Salzschlirf.*

Phlegmone als Komplikation von Varicellen, von R. Kreuzeder-Ottobeuren. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 31.) Kr. beobachtete bei einem neun Monate alten, kräftigen, gut genährten, an Varicellen erkrankten Kinde eine Phlegmone des rechten Armes und der rechten Seite des Rückens, ausgehend von einer auf der rechten Achsel gelegenen Pustel, die zu einem Geschwür mit unterminierten Hauträndern

umgewandelt war. Bei der Incision entleerte sich massenhaft dünner, stinkender Eiter; das Gewebe unter der Haut erschien nekrotisch. Während der septische Prozefs sich besserte, entwickelte sich eine katarrhalische Pneumonie, der das Kind erlag. *Götz-München.*

Mitteilung über eine Variolaepidemie, die in Nizza im Jahre 1902 herrschte, von A. P. B. Mir. (*Thèse de Toulouse.* 1904. Nr. 586.) *Fritz Loeb-München.*

Studien über Impfungen mit Pocken und Vaccine bei Affen, von Walter R. Brinkerhoff und E. E. Tyzzer, mit einer Einleitung von W. J. Councilman. (*Philippine Journ. of scienc.* I. Nr. 3.) Nach einer kritischen Übersicht über die Literatur berichten die Verfasser von ihren Impfungen an Macacus cynomolgus, Macacus nemestoinus und Simia satyrus und über die durch die Impfung erworbene Immunität. In allen spezifischen Veränderungen nach Inokulation des Pocken- oder Vaccinevirus wurden stets die cytoplasmatischen Formen von Cytorrhyctes variolae nachgewiesen. *Schourp-Danzig.*

Über die als Protozoen beschriebenen Zelleinschlüsse bei Variola, von Pierre Schrumpf. (Inaug.-Dissert. Strafsburg. 1905.) Schrumpf erkennt die als Cytorrhyctes variolae oder vaccinae beschriebenen Zelleinschlüsse nicht als Protozoen an; dieselben lassen sich vielmehr nach seiner Meinung aus Degenerationsvorgängen herleiten, und zwar scheinen ihm die extranukleären Formen teils durch abgesprengte Chromatinpartikelchen einer Mitose, teils durch Vakuolisierung und Zusammenballung des Protoplasmas, die intranukleären dagegen durch Körnelung oder vakuoläre Degeneration, mit oder ohne Aufnahme von Chromatinpartikelchen in die Vakuole produziert zu werden. Dabei wird sowohl das Cytoplasma als auch das Chromatin in seiner chemischen Zusammensetzung so verändert, dafs seine Farbenreaktion eine andere wird. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Kuhpockenübertragung auf Menschen, von E. Vollmer-Simmern. (*Zeitschr. f. Medizinalbeamte.* 1906. Nr. 9.) V. beobachtete bei einer 18jährigen Dienstmagd, welche vier Wochen lang eine Kuh gemolken hatte, die an einer Entzündung des Euters litt, einen warzenförmigen Ausschlag auf beiden Handrücken, der durchaus Impfpusteln ähnlich sah. Es handelte sich zweifellos um eine Übertragung von Kuhpocken, welche trotz vorhergegangener zweimaliger Impfung zu stande kam. *Putzler-Danzig.*

Die Vaccination während der Gravidität und ihr Einflufs auf den Fötus, von P. A. M. G. Merle. (*Thèse de Toulouse.* 1904. Nr. 575. 62 S.) Frauen, die während der Gravidität mit Erfolg geimpft sind, können (in 15—20% der Fälle) eine vollkommene Immunität gegen Pocken übertragen. Die Impfung gravider Frauen hat weder auf die Mutter noch auf das Neugeborene einen Einflufs. Eine Immunitätsübertragung durch Frauen, die erst in den letzten 14 Tagen der Schwangerschaft mit Erfolg geimpft wurden, kommt nur ausnahmsweise vor; die Chancen für diese Immunitätsübertragung sind am gröfsten bei Impfung im achten oder (erste Hälfte) neunten Monat. *Fritz Loeb-München.*

Über die Vaccination bei Neugeborenen, von Léon Beauquey. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 167.) Die Arbeit enthält nichts Bemerkenswertes *Fritz Loeb-München.*

Die Impfung unter Rotlicht, von H. Goldmann-Brennberg. (*Wien. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 31.) Ausgehend von der Volksanschauung, dafs Pockenerkrankungen unter dem Einflufs von Rotlicht, also unter Ausscheidung der chemisch wirksamen Strahlen des Sonnenlichtes leichter verlaufen, machte G., veranlafst durch eine Arbeit Gärtners, Versuche an einer gröfseren Reihe seiner Impfkinder. Zuerst vaccinierte er in der Dunkelkammer unter Rotlicht und verband dann den Impfstich

mittels einer mit Eosin getränkten Binde, die stets nur im Rotlicht abgenommen wurde. Am Ende einer gröfseren Anzahl von Beobachtungen kommt er zu dem Ergebnis: Die Vaccination unter Rotlicht verläuft viel milder, die Pusteln bleiben kleiner, die entzündliche Reaktion der Umgebung ist milder, die Temperatursteigerung weniger erheblich, das Allgemeinbefinden des Impflings kaum gestört, die Impfnarbe nach Abheilung des Prozesses fast nicht sichtbar. Dabei wird der Effekt der Vaccination absolut nicht beeinflufst. Nach letzten Beobachtungen kann auch die Impfung in der Dunkelkammer fortfallen; es genügt bereits, nach der Impfung eine rote Binde um die Impfstelle zu legen. *Carl Schramm-Dortmund.*

Über die im Gefolge des Impfens zur Beobachtung kommenden Hauterscheinungen, von Georgii-Maulbronn. (*Zeitschr. f. Medizinalbeamte.* 1906. Nr. 9.) Eine Zusammenfassung der postvaccinalen Exantheme und der im Anschlufs an das Impfen auftretenden Hauterscheinungen infolge Kombination der Vaccine mit anderen Krankheitsstoffen, die nichts wesentlich Neues enthält. *Putzler-Danzig.*

Betrachtungen über die sog. vermeidbaren Impfschäden und die Handhabung des Impfgeschäftes im Stadtbezirk Dortmund, von F. Steinhaus-Dortmund. (*Zeitschr. f. Medizinalbeamte.* 1906. Nr. 9.) St. hat, um zu erkunden, ob im Impfbezirk Dortmund vaccine Übertragungen oder andere Impfschädigungen vorgekommen sind, einen diesbezüglichen Fragebogen 70 Ärzten zugesandt; davon haben 37 geantwortet. Neun Ärzte haben im ganzen 27 mal Impfschädigungen beobachtet und zwar 2 mal Autoinokulation am Auge mit Keratitis, 1 mal auf die ganze Haut durch Kratzen, 5 mal Vereiterung der Pusteln, davon 1 mal mit pyämischen Erscheinungen, 3 mal Vereiterung der Achseldrüsen, 7 mal ausgedehntere Erysipele, davon 1 mal mit schwerem Krankheitsbilde, 4 mal Vaccineexanthem, 3 mal generalisierte Vaccine, 1 mal Vaccineübertragung an den Augen auf die Mutter eines Impflings. St. selbst beobachtete von 1903/1905 12 mal Vaccine generalisata, 9 mal postvaccinöse Exantheme, 2 mal Verschlimmerung eines Ekzems und 24 mal sekundäre Erysipele. Er pflichtet deshalb der Blochmannschen Ansicht bei, dafs eine Revision der das Impfwesen betreffenden Vorschriften geboten ist, die sich zweckmäfsig auf folgende Punkte erstrecken soll:

1. Die Verwaltungsvorschriften für die Angehörigen der Impflinge bedürfen einer Ergänzung und Erweiterung, indem auf die Infektiosität des Vaccinestoffes, namentlich für ekzematöse Kinder, die Notwendigkeit der Desinfektion von Wäsche und Verbandzeug, auf die Bedeutung des Händewaschens für die Pflegerinnen der Impflinge, schliefslich auf die Gefahr der Autoinokulation hingewiesen wird.

2. Eingehende Berücksichtigung der Fragen der Autoinokulation und Vaccineübertragung beim Unterricht im Impfwesen.

3. Umfassende Darstellung der „Physiologie“ und Pathologie der Vaccination in den gebräuchlichen Lehrbüchern der Kinderheilkunde und speziellen Pathologie.

4. Verfügungen der Centralbehörde, dafs alle ekzematösen Kinder von der Impfung auszuschliefsen sind; ebenso sind einerseits Bestimmungen zu treffen über die Impfung rhachitischer, skrophulöser und am besten auch solcher Kinder, die an Atrophie, Augen- und Ohrenaffektionen leiden.

5. Ergänzung des Verzeichnisses der ansteckenden Krankheiten, welche das Mitbringen eines Impflinges zum öffentlichen Termin verbieten, hinsichtlich der Varicellen, der Impetigotagiosa usw. *Putzler-Danzig.*

Tetanus nach Vaccination, von A. H. Churchill-St. Charles, Ill. (*Journ. americ. med. assoc.* 14. April 1906.) Unter antiseptischen Kautelen wurde eine $5^1/_2$jähriges Mädchen geimpft. 20 Tage später traten Tetanussymptome auf, denen der Exitus innerhalb 24 Stunden folgte. Der Verfasser erblickt in der Impfwunde

die Eingangsstelle der Infektion, welche aber völlig unabhängig von der Impfung und erst später erworben wurde. *Schourp-Danzig.*

Über Vaccineinfektion des Auges und einen neuen Fall von primärer Kornealinfektion mit Vaccine, von Oskar Döhler. (Inaug.-Dissert. Breslau 1906.) Verfasser resumiert folgendermaſsen: 1. Die ersten nach einer Vaccination der Cornea eintretenden Veränderungen sind, nach den Tierexperimenten zu schlieſsen, klinisch nicht sichtbar. Das klinische Bild ist ein schon weit vorgeschrittener Prozeſs. 2. Die Keratitis disciformis vaccinärer Ätiologie nimmt unter den vaccinären Cornealaffektionen eine Sonderstellung ein, ihre Entstehung muſs an gewisse, noch nicht bekannte Voraussetzungen gebunden sein. 3. Die primäre Vaccineinfektion der Cornea ist in der Entwicklungszeit der ersten sichtbaren Reaktionen und in der Heftigkeit des Prozesses abhängig von der Gröſse der Verletzungen und der Masse und Qualität des eindringenden Infektionsmaterials. Ihr Krankheitsbild kann ein sehr variierendes sein. Konstante Symptome scheinen nach den bis heute gemachten Beobachtungen zu sein: diffuse Trübung der Cornea, Bildung eines je nach der Tiefe der Verletzung mehr oder weniger tiefen Ulcus mit entsprechender Beteiligung der Uvea an den Entzündungserscheinungen. Der Heilungsverlauf ist sehr schleppend, bedingt vielleicht von einer Schädigung der Nervenelemente durch das Virus. Die Heilung erfolgt unter Bildung von dichten Leukomen. *Fritz Loeb-München.*

Über Vaccineerkrankung des Auges, von L. Alexander-Nürnberg. (*Münch. d. Wochenschr.* 1906. Nr. 11.) Bericht über einen Fall von Generalisierung der Vaccine bei einem 1½jährigen Kinde, das vor der Impfung an einem allerdings nur wenig ausgebreiteten Ekzem gelitten hatte. Im intermarginalen Teile der vier Augenlider entwickelten sich, zum Teil auf den Lidrand beschränkt, zum Teil auf die Conjunctivae palpebrarum übergreifend, mehrere stecknadelkopf- bis erbsengroſse Geschwüre; die beiden Corneae blieben intakt. Unter Applikation einer Sublimatsalbe (0,003:10), mit der die Lidränder beständig bedeckt wurden, heilten die Geschwüre ziemlich rasch ab.

Im Anschluſs an die Mitteilung dieses Falles gibt A. eine Übersicht über die bisher veröffentlichten Fälle von Vaccineeruptionen an den Schleimhäuten und bespricht Diagnose, Prognose, Behandlung und, unter ausdrücklicher Betonung ihrer Wichtigkeit, die Prophylaxe der Impfinfektionen des Auges. Die Frage, ob durch die Impfung, von den Vaccineinfektionen abgesehen, Augenerkrankungen hervorgerufen werden können, glaubt A. bejahen zu müssen; die Impfung wirkt jedoch nur als auslösendes Moment, ebenso wie Keuchhusten und Masern, die so häufig ekzematöse Augenerkrankungen zur Folge haben. *Götz-München.*

Vaccinia aberrans, von W. A. Wilson Smith-Kidderminster. (*Lancet.* 24. Febr. 1906.) Bei einem wegen einer Handverletzung in Behandlung befindlichen jungen Arbeiter fiel eine starke Schwellung und Bläschenbildung an der Unterkiefergegend auf und legte den Verdacht auf Anthrax nahe. Die Untersuchung des Bläscheninhalts bestätigte dies nicht, jedoch daſs man es mit abnorm lokalisierter Vaccinia zu tun hatte.

Idem von W. M. Dunlop-London (ibidem) Berichte über zufällige Impfungen am Munde und am Daumen des Arztes bei der Ausführung der Vaccination an anderen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Vaccinia generalisata bei einem dreijährigen ungeimpften Kinde, von Schevers-Darmstadt. (*Der Kinder-Arzt.* 1906. Nr. 6.) Sch. beobachtete bei einem dreijährigen Mädchen eine generalisierte Vaccinia, die durch Übertragung von einem geimpften Schwesterchen zu stande gekommen war. Die Patientin selbst war wegen eines chronischen Ekzems nicht geimpft worden. Um die Diagnose zu sichern, sowie

der gesetzlichen Vorschrift zu genügen, impfte SCH. das Kind dreimal in einem Zwischenraum von 14 Tagen mit völlig negativem Erfolg. Heilung unter Schienenverband an den Armen, um das Kratzen zu verhüten und milden Pasten.

Putzler-Danzig.

Zur Kenntnis des Vaccineerregers, von P. MÜHLENS und M. HARTMANN-Berlin. (*Centralbl. f. Bakteriol. usw.* Bd. XLI. Heft 1—4.) Die Verfasser kommen auf Grund eingehender Untersuchungen zu dem Resultat, dafs

1. Experimentell ein Kreisen des Vaccinevirus im Kaninchenkörper selbst bei verschiedenen Arten der Infektion mit grofsen Lymphdosen nicht nachzuweisen ist.

2. Für die von SIEGEL im Blut und den inneren Organen von Kaninchen als Erreger der Vaccine beschriebenen Gebilde weder der Beweis der Protozoennatur, noch der Spezifität für die Vaccine erbracht sei, da sich auch im Blut von normalen Kaninchen von den SIEGELschen als Vaccineerreger angesehenen Gebilden nicht zu unterscheidende Körper finden, die lediglich als Zerfallsprodukte von Körperzellen, namentlich von roten Blutkörperchen aufzufassen sind.

3. Die von SIEGEL im Blut und den Organsäften beschriebenen Gebilde sind nicht identisch mit den bekannten GUARNIERIschen Körperchen in der geimpften Kaninchenhornhaut.

4. Für die von BONHOFF bei Vaccine beschriebenen Spirochäten ist der Nachweis der Spirochätennatur nicht erbracht. Wahrscheinlich handelt es sich bei denselben um Kunstprodukte. Nach den angestellten Untersuchungen erscheint das Vorkommen von Spirochäten in ätiologischer Beziehung zur Vaccine unwahrscheinlich.

5. Die GUARNIERIschen Körperchen sind Produkte einer regressiven Metamorphose der Kernsubstanzen der Epithelzellen.

6. Die „Initialkörper" von POWAZEKS können nicht als identisch mit dem SIEGELschen „Cytorhyctes" angesehen werden, vielleicht stellen sie den Träger des Virus dar.

Putzler-Danzig.

Untersuchungen über die Spezifizität des Cytorrhyctes vacciniae, von BANDINI. (*Lo Sperimentale.* Nov.-Dez. 1905.) Auf Grund seiner bakteriologischen Untersuchungen mit Inokulationsversuchen kommt der Verfasser zum Resultate, dafs der Cytorrhyctes wirklich der spezifische Mikroorganismus der Kuhpocken ist.

C. Müller-Genf.

Über die Lebensfähigkeit des Vaccine-Virus im Kaninchenkörper, von ADOLF OHLY. (Inaug.-Dissert. Marburg 1906.) Die Vaccineerreger gehen, selbst in grofser Menge dem Kaninchenkörper auf subkutanem oder intraperitonealem Wege einverleibt, in dem Körper dieses Tieres innerhalb der ersten 24 Stunden zugrunde oder verlieren wenigstens die Fähigkeit, bei empfindlichen Tieren Vaccinepusteln zu erzeugen.

Fritz Loeb-München.

Über die Verwendbarkeit der Kaninchen zur Gewinnung des Kuhpockenimpfstoffes, von L. VOIGT-Hamburg. (Verhandlungen der Naturforscherversammlung in Meran 1905.) Aufkräftigung des Lymphstammes erreicht man, wenn man ein Kaninchen einschaltet. Es scheint so, als ob die dem Kalbe anhaftenden, dem Wachstum der Vaccine schädlichen Stoffe bei der Übertragung dieser Vaccine auf Kaninchen keinen günstigen Boden vorfinden und nicht weiter gedeihen, so dafs die am Kaninchen entstandene Vaccine von diesen schädlichen Stoffen befreit, also gewissermafsen geläutert, auf ein anderes Kalb zurück übertragen und nun von Kalb zu Kalb kräftig weiter gezüchtet werden kann. In Lille ist die Kaninchenlymphe zu einem regelmäfsigen Faktor der dortigen Lymphezüchtung geworden. In Deutschland sind umfängliche Versuche mit der Kaninchenlymphe in Weimar von L. PFEIFFER und in Hamburg von VOIGT angestellt worden.

Wer Lapine züchten und verimpfen will, mufs über einen sauberen Kaninchenstall verfügen, seine Tiere beobachten, kranke oder mit Ausschlag behaftete Tiere ausschalten, nur gesunde Tiere zur Impfung nehmen und diese nach der Benutzung sezieren, um die gesunde Beschaffenheit ihrer inneren Organe zu prüfen. Dann können weder septische noch andere Krankheitserreger aus den Tieren in den ihnen entnommenen Impfstoff hineingelangen, es wären denn die Keime der Coccidien. Die Coccidiose ist eine unter jungen Kaninchen sehr verbreitete Darm- und Leberkrankheit, in deren Verlauf Coccidiencysten und die Sichelkeime geplatzter Cysten mit dem Kote entleert werden, also auch auf das Fell der Kaninchen gelangen können. Demnach ist es denkbar, dafs gelegentlich Coccidienkeime, trotz allen Rasierens, Seifens und Abspülens, in den Rohstoff der Lapine hineingelangen. Nun haben aber die Coccidiencysten Hüllen, welche nur in Säure auflösbar sind, sie würden sich also kutan verimpft nicht auflösen, ihre Sichelkeime würden also nicht austreten. Die schon im Darme frei gewordenen Sichelkeime, welche mit dem Rohstoffe der Lapine zusammen in die Emulsion gelangen, müssen im Glycerin der Emulsion zugrunde gehen, ganz abgesehen davon, dafs ihre kutane Verimpfung schwerlich irgendeinen Schaden anrichten würde.

Die neuerdings von Sichel gemeldete Übertragbarkeit der Syphilis auf Kaninchen würde, falls sie sich bestätigen sollte, den Arzt, welcher Kaninchen mit Menschenlymphe impfen will, nur nötigen das zu tun, nämlich völlig gesunde Erstimpflinge zur Hergabe des für die Tiere nötigen Impfstoffes auszusuchen. Eine selbständige Syphilis des Kaninchens gibt es nicht. Also, die Körperbeschaffenheit des Kaninchens bietet nach den bisherigen Erfahrungen keinen Grund zu Bedenken gegen die Verwendung dieser Tiere zur Gewinnung des Kuhpockenimpfstoffes.

Die Lapine bietet zweifellos uns einen wertvollen, billigen, leicht zu beschaffenden Kuhpockenimpfstoff, der sich als zur Aufkräftigung schwächlicher Kalbsvaccine tauglich bewährt hat, der auch zur Impfung der Menschen brauchbar erscheint, dessen Verwertung und Anwendung seitens der Regierungen allerseits sachverständiger Erprobung bald überwiesen und ausgestaltet werden sollte, um diese Verwertung dort, wo sie nützlich erscheint, zu ermöglichen. *Arthur Rahn-Berlin.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Lepra in Neu-Süd-Wales, von Ashburton Thompson-Sydney. (*Regierungsber. f. 1905.*) Im Jahre 1905 wurden im Lepra-Asyl zu Little Bay bei Sidney neun Fälle aufgenommen. Die mitgeteilten Krankengeschichten begründen vollauf die Diagnose. Als Heimat der Patienten werden angegeben: China, Irland, England, Neu Hebriden, Loyalty-Inseln, Australien, Ägypten, Salomon-Inseln. Die Dauer der Krankheit vor der Aufnahme konnte nur in zwei Fällen mit einiger Bestimmtheit festgestellt werden mit fünf resp. zehn Jahren. Im übrigen Australien wurden im genannten Jahre 21 Fälle neugemeldet, von denen 19 auf Queensland entfielen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Bemerkungen über Lepra am Kap der guten Hoffnung, von R. S. Black-Cape Colony. (*Lancet.* 28. April 1906.) Allen verwendbaren Anzeichen nach ist die Lepra am Kap nicht endemisch gewesen, sondern sie ist erst nach der holländischen Ansiedelung durch malayische und andere Elemente aus dem Osten auf dem Handelswege eingeführt worden. Im 19. Jahrhundert wurde das erste Lepra-Asyl im Kapland in Hemel-en-Arde (Himmel-auf-Erden) eingerichtet, und bot im Laufe von etwa

20 Jahren ca. 400 Kranken Aufnahme. Im Jahre 1845 wurde das Asyl auf der Robbeninsel eröffnet, und 1892 wurden strengere Gesetze zur Unterdrückung der zunehmenden Krankheit erlassen. Man schätzte die Zahl der Leprakranken am Kap im Jahre 1904 auf 1230 und nimmt an, daſs die Anzahl der Kranken um 81 % stieg, während die Bevölkerung sich um 57 % in den Jahren 1891 bis 1904 vermehrte. Verfasser legt besonderes Gewicht auf die Nasenschleimhaut als Vermittler der Infektion; in den allermeisten Fällen finde man Ulcerationen gröſseren oder kleineren Umfangs oder Narbenbildungen in der Nase. In therapeutischer Hinsicht hat ihm das Chaulmoogra-Ol die besten Resultate geliefert. Versuche mit antileprösem Serum waren durchaus nicht ermutigend. Beim heutigen Standpunkt der Therapie aber und der sozialen Verhältnisse hält Verfasser die mehr oder weniger obligatorische Internierung der Kranken in speziellen Hospitälern für das einzig rationelle Mittel. Den meisten dieser Kranken ist auch mit dem Rechte der Freizügigkeit durchaus kein Gefallen erwiesen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Besuch des Leprosorium Audaku auf der Insel Oesel, von K. Dehio-Dorpat. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 1.) D. schildert in diesem Aufsatz ein neues Lepraheim zu Audaku im Innern der Insel Oesel, welchem ein Teil der Mitglieder des in Arensburg versammelten Ärztetages am 12. August 1905 einen Besuch abstattete. Das Leprosorium ist entstanden dank dem warmen Interesse und der energischen Initiative des Bauernkommissars der Insel Oesel. Die Kosten werden durch die 16 Bauerngemeinden der Insel Oesel aufgebracht. Da die tuberöse Lepra in weit höherem Grade kontagiös ist, als die makulöse und anästhetische Form, so muſsten erst einmal die fünfzig an der tuberösen Form Erkrankten dort untergebracht werden. Das Leprosorium in Audaku ist nach dem Typus einer sogenannten Kolonie erbaut worden; die relativ gesunden Leprösen werden in kleinen Einzelhäusern, die mit beschränkter Arbeitsfähigkeit in einem gemeinsamen Siechenhaus, die völlig Hilflosen in einem Krankenhaus untergebracht. *Putzler-Danzig.*

Über Lepra und Fischnahrung, von G. Armauer Hansen, Generaladministrator für Lepra in Norwegen. (*Scott. Journ.* Juli 1906.) H. unterzieht hier die Theorie Hutchinsons und dessen Argumente (Referate über dessen Buch s. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 43, S. 177) einer scharfen Kritik. Die Behauptung Hutchinsons, daſs überall, wo Lepra herrscht, Fische gegessen werden, und daſs vice versa nur da, wo schlecht geräucherte Fische gegessen werden, Lepra herrscht, widerlegt Hansen mit seinen Erfahrungen in Norwegen, in dessen östlichen Teilen keinerlei Lepra herrscht und die Bevölkerung eine spezielle Art von Forelle genieſst, die vor der Räucherung bis zu einem gewissen Grade eine Zersetzung eingeht. Ferner bewirkt in Bergen, wo oft in Zersetzung übergegangene Fische gegessen werden, diese Nahrung keineswegs das Auftreten von Lepra, und schlieſslich ist in Norwegen die Lepra in bedeutender Abnahme begriffen, obwohl die Bevölkerung ihre Lebensweise und speziell reichlichen Genuſs auch schlechter Fische nicht verändert hat. Der Ansicht Hutchinsons, daſs Lepra und Tuberkulose verwandte Krankheiten seien und der Lepra- in den Tuberkelbacillus und vice versa umgewandelt werden könne, widerspricht Hansen vor allem mit der Begründung, daſs anatomisch zwischen beiden Krankheiten ein deutlicher Unterschied besteht: der Leprabacillus produziert niemals eine käsige Nekrose wie der Tuberkelbacillus und niemals hat er eine Riesenzelle in einem Leprom beobachtet, wie es von manchen Forschern beschrieben worden ist. An allen Orten, wo Hutchinson glaubt, daſs nur durch die Fischtheorie das Vorhandensein der Lepra erklärt werden kann, ist, wie Hansen erklärt, dasselbe ebenso durch Ansteckung wahrscheinlich; er führt auch zwei sehr beweiskräftige Beispiele von Ansteckung, die in Lepraasylen vorkamen (bei einer Wäscherin und einem Badewärter), an. Daſs die Quelle der

Infektion oft nicht gefunden werden kann, ist kein Beweis gegen die Ansteckung, da sie oft acht, zehn Jahre und länger zurückdatiert. Die Erfolge in Norwegen, wo die Absonderung durch strenge Gesetze geboten ist, sprechen auch durchaus für die Kontagiosität der Lepra. Und so schliefst Hansen, dafs eine Theorie, die nicht für alle Teile der Welt zutrifft, auch bezüglich der übrigen — er kann aus Mangel an Kenntnissen nicht HUTCHINSONS Reise über die ganze Erdoberfläche mitmachen — aufser Norwegen einer strengen Kritik nicht standhalten kann. *Stern-München.*

Neue Beobachtungen bei der Jodoformbehandlung der Lepra, von DIESING-Kamerun. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 23.) Verfasser behandelte verschiedene zum Teil ausgedehnte Fälle von Lepra mit 30 %iger Jodoform-Olivenöl-Emulsion in steigender Dosis von 2 bis 4 bis 8 ccm täglich mit bestem Erfolg. Anfangs injiziert er das Medikament unter und in die Umgebung der Effloreszenzen, später an den üblichen Stellen. Die Dauer der Behandlung erstreckte sich auf 2½ bis 3 Monate. D. schlägt vor, ähnliche hohe Dosen von Jodoform auch bei Tuberkulose zu versuchen und erhofft ebenfalls gute Resultate, da Tuberkulose und Lepra ätiologisch und klinisch aufserordentlich nahe verwandt sind. *Carl Schramm-Dortmund.*

Eine neue Ansicht in bezug auf die Pathologie und Therapie der Lepra, von R. S. BLACK-Cape Town. (*Lancet.* 20. Okt. 1906.) Diese (allerdings seit einigen Jahren schon nicht mehr ganz neue, Ref.) Ansicht geht dahin, dafs die Nase die Eingangspforte der Leprainfektion darstellt. Das Vorkommen von Rhinitis besonders in den Anfangsstadien ist etwas sehr gewöhnliches. Nach B. erklärt sich die Verschiedenheit zwischen den verschiedenen Formen der Lepra dadurch, dafs bei der L. maculo-anaesthetica die Nasenaffektion binnen kurzer Zeit abheilt, so dafs nur eine verhältnismäfsig kleine Zahl von Bazillen in den Organismus eindringt und sich an den Nervenästen, als Prädilektionsstelle festsetzt, während bei der tubero-ulcerösen Form die Geschwüre in der Nase infolge geringerer Vitalität des Individuums fortschwären, und von dieser Brutstätte aus der Körper mit immer neuen Schüben von Bazillen überschwemmt wird, so dafs auch die Haut der subcutanen Gewebe und andere Organe von den Bazillen durchwuchert werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

b. *Tuberkulose.*

Purpura und Tuberkulose, von G. H. DE RAFFIN DE LA RAFFINIE. (*Thèse de Bordeaux.* 1905. Nr. 75.) Verfasser unterscheidet vier Formen von Purpura bei Tuberkulose. 1. Prämonitorische Purpura, 2. Purpura im akut-tuberkulösen Stadium, 3. kachektische Purpura und 4. chronische Purpura. Letztere kommt zur Beobachtung besonders bei der leichten, progressiven Tuberkulose. *Fritz Loeb-München.*

Über vasomotorisches Pseudoerysipel bei Tuberkulösen, von CHARLOTTE GOLDENSTEIN. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 428.) *Fritz Loeb-München.*

Über experimentelle Erzeugung von Hauttuberkulose bei Affen, von R. KRAUS und O. KREN-Wien. (Sitzungsb. der Akad. der Wissensch. in Wien. *Mathem.-naturw. Kl.* Bd. 114. Abt. III. Dez. 1905.) Durch Übertragung tuberkulösen Materials auf die Haut des Affen (Macacus rhesus) gelingt es, eine Hautaffektion zu erzeugen, die als Tuberkulose angesehen werden mufs. Die Übertragung von Affe zu Affe gelingt regelmäfsig. Die Affektion tritt nach zirka 16 bis 30 Tagen auf. Sie bleibt zumeist nicht lokalisiert, sondern breitet sich langsam per continuitatem oder auf dem Weg der Lymphbahn in der Nachbarschaft fort.

Die erzeugte Hauttuberkulose kommt histologisch am nächsten dem Lupus vulgaris, der ja bekanntlich auch mit in der Cutis eingesprengten, isoliert stehenden Knötchen beginnt, die dann durch ihre Vermehrung und Konfluenz das klinisch sichtbare Lupusknötchen bilden. Allerdings besteht auch im Bau der einzelnen

Tuberkelknötchen des Lupus gegenüber der beginnenden Affentuberkulose eine auffallende Differenz in dem sehr häufigen Vorkommen von Riesenzellen im Lupus gegenüber dem Fehlen derselben in den oberflächlichen Knötchen der Affentuberkulose, eine Differenz, die sich wohl durch die Akuität und besonders durch die rasche Entstehung der Tuberkulose gegenüber dem äufserst chronischen Verlauf des Lupus vulgaris erklären läfst. Die zweite Form entspricht klinisch der Lymphangitis tuberkulosa. *Arthur Rahn-Berlin.*

Hauttuberkulide und abgeschwächte Tuberkulose, von M. Darier-Paris. *(Med. Blätter.* 1906. Nr. 181.) D. kommt auf Grund einer Reihe von Untersuchungen der sogenannten Tuberkulide zu dem Schlufs, dafs die Hauttuberkulose und hauptsächlich der Lupus einer Gruppe von bacillären Läsionen angehören, bei der das pathogene Agens an Reichhaltigkeit, Vitalität oder Virulenz bedeutend veriiert. Die Pathogenese der abgeschwächten Tuberkulosen ist nach D. noch nicht ganz aufgeklärt. *Putzler-Danzig.*

Über Tuberkulosis conjunctivae (besonders Lupus conjunctivae) und dessen Behandlung, von K. K. K. Lundsgaard. *(Hospitalstidende.* 1905. Nr. 39—43.) L. verfügt über ein persönliches Material von 15 Fällen dieses recht seltenen Leidens, 4 primären und 11 sekundären Fällen, letztere in der Finsenschen medizinischen Lichtanstalt beobachtet. Nach Sattler teilt man die Fälle in vier verschiedene Gruppen, doch finden sich selbstverständlich Übergänge zwischen ihnen. Die erste Gruppe, zugleich die umfangreichste, gleicht in ihren klinischen und anatomischen Formen der gewöhnlichen Form der Schleimhauttuberkulose an anderen Körperteilen. Die zweite Gruppe, charakterisiert durch trachomfollikelähnliche Knötchen, die geringe Tendenz zum nekrotischen Zerfall haben. Die dritte Gruppe charakterisiert durch Vergröfserung und Verdickung der Augenlider mit stark schleimiger Sekretion und lebhaft roten papillären oder rundlichen Exkreszenzen auf der Conjunctiva tarsi. Die vierte Gruppe ist Lupus conjunctivae. Die Prognose des Leidens ist ziemlich leicht. Die Affektion kann in einzelnen Fällen den Tod durch Meningitis herbeiführen oder zu anderen schweren Komplikationen Anlafs geben. Deshalb kann man nicht sorgfältig genug hinsichtlich der Behandlung sein und obgleich diese hauptsächlich lokal ist, ist es doch in allen Fällen ratsam, eine energische Allgemeinbehandlung einzuleiten: Mastkur, Landaufenthalt, Bäder und eventuell medikamentell Lebertran, Jodeisen usw. Doch ist es nicht anzuraten, sich auf die Allgemeinbehandlung allein einzulassen, eine Heilung dadurch wird wohl kaum erzielt werden. Zuweilen kann Konjunktivaltuberkulose ohne direkte Behandlung zum Schwinden gebracht werden, z. B. durch Auftreten eines Erysipelas faciei. Diejenige Therapie, auf die man vor allem bauen mufs, ist die chirurgisch-operative. Ist diese unmöglich, weil der Prozefs auf den Bulbus übergegriffen hat, so kann man das Tuberkulin versuchen, das jedoch kaum angewendet werden darf, wenn noch andere gröfsere tuberkulöse Prozesse vorhanden sind. Platina candens, Auskratzung usw. müssen Hilfs-, nicht Hauptmethoden sein. *Arthur Rahn-Berlin.*

Behandlung (Lichtbehandlung) von Lupus conjunctivae, von K. K. K. Lundsgaard-Kopenhagen. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* 1906. Febr.—März.) In Finsens Lichtinstitut hatten unter 1250 Lupuspatienten 11 Lupus conjunctivae, mithin 0,88 % der Fälle. In allen diesen Fällen bestand niemals Drüsengeschwulst oder Tendenz zu rapider Verbreitung, wie es bei der primären Konjunktivaltuberkulose vorkommt. Die chirurgisch operative Behandlung, die Exzision, soll die Universalmethode der Behandlung in allen den Fällen sein, wo der tuberkulöse Prozefs keinen gröfseren Umfang hat, als dafs sie ausgeführt werden kann, ohne eine Defigurierung oder Unannehmlichkeiten zur Folge zu haben, welche bei einer Stellungsveränderung

des Augenlids eintreten können. Ist der Krankheitsprozeſs aber umfangreicher oder entsteht nach der Exstirpation ein Rezidiv, so ist die Lichtbehandlung anzuwenden; sie scheint die einzige sichere Behandlung zur Heilung nicht operierbarer Fälle zu sein. *Schourp-Danzig.*

Über Schleimhautlupus der oberen Luftwege, von Max Senator-Berlin. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 22.) Der Schleimhautlupus ist eine sehr häufige, fast regelmäſsige Komplikation des Hautlupus; so sah S. von 35 Lupusfällen nur sieben, die gesunde Schleimhaut aufwiesen, von denen bei fünf die Nase überhaupt nicht ergriffen war. Der Lupus kann primär sowohl auf der Haut als auch auf der Schleimhaut entstehen, in der Nase ist sehr oft das Septum befallen, daneben auch die unteren Muscheln. Therapeutisch empfiehlt sich in der Nase nur der chirurgische Eingriff. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Behandlung der Schleimhauttuberkulose, von Eugen Hollaender (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 23.) Die ascendierende Tuberkulose der Schleimhaut des Mundes und der Nase kommt viel häufiger vor, sowohl in Verbindung mit Lupus, als auch ohne diesen, als man bisher dachte. Im Gegensatz zu der descendierenden Form, bei welcher der Zustand der erkrankten Lunge das Krankheitsbild beherrscht, ist die Lebensprognose auch bei der vollentwickelten Form nicht ungünstig. Die ascendierende Form zeigt nach Entfernung des primären Herdes entschiedene Neigung zur Ausheilung. Auch die entstandenen Lungenkomplikationen zeigen beningnen Verlauf. Die kontaktlose thermische Therapie in Gestalt der Heiſsluftkauterisation ist imstande, Heilungen definitiver Art zu leisten. Die Jodkalomeltherapie verdient namentlich bei Behandlung von Blasenschleimhauttuberkulose, sowie Kehlkopf- und Munderkrankung einer Beobachtung und Nachprüfung.

Bernhard Schulze-Kiel.

Wirkungsweise und Anwendbarkeit der Radiumstrahlung und Radioaktivität auf die Haut mit besonderer Berücksichtigung des Lupus, von Paul Wichmann-Hamburg. (*Dtsch. Med. Wochenschr.* 1906. Nr. 13.) Um die Wirkung der gesamten Radiumstrahlung plus der vom Radiumsalz ausgehenden Emanation im Gewebe einer Untersuchung zu unterziehen, hat W. Injektionen von Radiumbromidlösung angewandt, von welcher 1 ccm $^1/_{20}$ mg Radiumbromid höchster Aktivität enthielt. Histologisch gestaltet sich die Wirkung derartiger Injektionen verschiedenartig von derjenigen, welche durch die Strahlung des Radiums in der Kapsel-Anwendungsform hervorgebracht wird.

Es lag nun W. an einem Mittel, welches unlöslich ist, und er wählte zu diesem Zwecke das unlösliche, ungiftige Baryumsulfat, welches radioaktiv gemacht wurde. Aschkinass und Caspari haben bereits Ende des Jahres 1903 ihre Erfahrungen mit radioaktivem Baryumsulfat mitgeteilt. Dieses radioaktive Baryumsulfat läſst sich nun leicht aufschwemmen und mittels Injektion an eine beliebige Stelle der Tiefe deponieren. Es lassen sich hierdurch beispielsweise im lupösen Gewebe Reaktionen erzielen, die im Verlauf einiger Monate unter Hinterlassung grauweiſser, zarter Narben zur anscheinenden Heilung kleiner Lupusstellen führen.

„Wenn auch diese Wirkungen, die eben nur Versuche darstellen, und welche histologisch nicht kontrolliert sind, keinen Anspruch darauf machen können, therapeutisch einen praktischen Wert zu besitzen, so erscheinen mir doch auf diesem Wege gröſsere therapeutische Erfolge im Sinne genannter Autoren erreichbar, da sich durch Benutzung stark radiumhaltiger Lösungen eine bedeutende Radioaktivität des Baryumsulfates erzielen läſst. Ob durch entsprechende Dosierung des oben erwähnten schwachen Präparates sich irgend ein Nutzen für die interne Medizin erhoffen läſst, muſs ich dahingestellt sein lassen.“ *Arthur Rahn-Berlin.*

Die chirurgische Behandlung des Gesichtslupus, von Schultze-Duisburg. *(Zentralbl. f. d. ges. Med.* 1906. Nr. 28.) Die chirurgische Behandlung des Gesichtslupus bezieht sich auf die radikale Exstirpation mit nachfolgender Transplantation nach Thiersch. Die Resultate Schultzes beziehen sich auf eine Zeit von 2—15 Jahren. Unter den behandelten 78 Fällen waren 28 Fälle von kleinem Lupus, welche sämtlich geheilt wurden; 16 Fälle von Lupus der Wangen mit 14 Heilungen und 2 Totalrezidiven; 13 Fälle von Lupus des ganzen Gesichts mit 10 Heilungen, 21 Fälle von Lupus der Nase mit 6 Rezidiven und 6 Heilungen. Nachoperationen mufsten sehr häufig vorgenommen werden bei kleinen, meist peripher gelegenen und selten zentral vorhandenen Lupusknötchen, die bei der Exstirpation nicht entfernt wurden.

Schourp-Danzig.

Über die kombinierte Resorcin- und Röntgenbehandlung des Lupus vulgaris nach Ehrmann, von S. Reines-Wien. *(Berlin. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 35.) Mittels Resorcin gelingt es, oberflächliche Fälle von Lupus vulgaris zuweilen zur glatten und radikalen Heilung zu bringen in Form einer 33%igen Paste. Ehrmann kombinierte nun die Resorcinbehandlung mit der Röntgentherapie. Er wollte durch Entfernung der obersten Schichten der Haut infolge Resorcineinwirkung, den Röntgenstrahlen den Weg ebnen zu Schichten, welche dem zerstörenden Einflusse des Resorcins fürs erste entgangen oder nicht zugänglich waren. So sollte die Behandlungsdauer abgekürzt werden. Die kombinierte Behandlung wurde folgendermafsen ausgeführt: Erst vier bis fünf Tage Resorcinschälkur, bis Schorf da war, der entfernt wurde, dann folgte Röntgen, während gleichzeitig auch die Resorcinbehandlung fortgesetzt wurde. Nach längerer Zeit Pause, in welcher man unter Borsalbe die Partien überhäuten liefs, war noch keine Heilung, so wurde die Kur wiederholt. Die Erfolge waren bei einer Reihe von Fällen sehr gut. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Wirkung von Tuberkulin von Jacobs in Fällen von Tuberkulose, die das Gemeingut der Dermatologen bilden, d. h. in Fällen von Lupus, Scrophulodermen und Lymphadenitiden, von V. Lespinne-Brüssel. *(La médecine orient.* 1906. Nr. 8.) Verfasser berichtet über 22 Fälle von Lupus vulgaris, 12 Fälle von Scrophulodermen und vier Fälle von Lyphadenitiden, die er mit den von Jacobs in Brüssel hergestellten Tuberkulin behandelte. In allen Fällen war weder eine lokale Entzündungsreaktion, noch eine allgemeine, mit Temperatursteigerung einhergehende, zu konstatieren; keiner der Patienten wurde in seiner gewöhnlichnn Lebensweise durch die Behandlung irgendwie gestört. Der Beginn der Behandlung hat in der Regel eine geringe Herabsetzung des Körpergewichtes zur Folge, die aber gleichzeitig von einer Besserung des Appetits begleitet wird. Lokal sieht man zu Beginn einen deutlichen Rückgang der die tuberkulösen Herde umgebenden Infiltrate, so dafs die Grenzen der Herde schärfer hervortreten und dieselben kleiner erscheinen. Gleichzeitig kommen manchmal kurzdauernde Entzündungen der benachbarten Lymphgefäfse zu stande. Die Einwirkung der Behandlung auf die Herde selbst ist in verschiedenen Fällen verschieden. In keinem Fall war eine Verschlimmerung des Zustandes zu beobachten. Manche Lupusfälle reagierten auf die Behandlung garnicht. In der Mehrzahl der Fälle aber, besonders in Fällen von Scrophulodermen und Zymphadenitiden war der Erfolg ein geradezu eklatanter, charakterisiert durch interstitielle Vernarbung.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Zur Heilwirkung des Tuberkulins. Heilung eines Lupus durch Perlsucht-Alttuberkulin, von Bandelier-Kottbus. *(Beitr. z. Klinik d. Tub.* Bd. VI. Heft 1.) Ein 21 jähriges Dienstmädchen bot neben ziemlich ausgebreiteten Veränderungen an der Lunge einen ausgedehnten Lupus am Gesicht dar, der seit den ersten Lebens-

monaten bestanden haben soll. Behandelt war Patientin unter anderem auch mit Finsenbestrahlungen, welche 1 1/2 Jahre lang in der Heilstätte ohne wesentliche Wirkung fortgesetzt worden waren. Es waren beide Seiten des Gesichts in recht erheblichem Maſse ergriffen, wie aus den beigegebenen Photogrammen ersichtlich ist. Verfasser fing mit Dosen von 2/10 mg an und steigerte dieselben, da keine nachteiligen Wirkungen eintraten, bis auf 1000 mg im Laufe von sechs Monaten. Alsdann war die Affektion als geheilt zu betrachten, und auch der Lungenbefund hatte sich wesentlich gebessert. Auſser der Spaltung und Exzision eines Eitersackes war auſser den Injektionen keine andere Behandlung eingetreten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Verschiedenes.

Über Skalpierung und ihre plastische Behandlung, von Lotheissen-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. Nr. 37—39.) L. empfiehlt bei frischen Skalpierungen, die in den letzten 15 Jahren 15 mal vorgekommen sind, gegen 19 Fälle in den Jahren 1841 bis Ende der 80er Jahre, den Versuch zu machen, die Haut der Stirn wieder anzuheilen. Für den Scheitel empfiehlt sich die Thierschsche Transplantation. L. versuchte in einem Fall künstliche Augenbrauen zu bilden, indem er behaarte Läppchen von der Regio pubica überpflanzte. Der Lidschluſs wurde auch möglich durch die Operation, aber von den Haaren ist jederseits nur ein Dutzend geblieben. Die Erfolge der plastischen Behandlung gehen daraus hervor, daſs die Mortalität auf Null herabgegangen ist. Auch werden die Patienten bald wieder arbeitsfähig. Was die Möglichkeit anbelangt, derartige Skalpierungen, die im Fabriksbetriebe hauptsächlich bei jungen Mädchen und Frauen durch Unvorsichtigkeit vorkommen, zu verhüten, so lieſse sich das nach Verfasser durch Belehrung über die Gefahren der rotierenden Maschinenteile und dadurch erreichen, daſs die in solchen Betrieben beschäftigten Frauen festanliegende Hauben ohne lose 'Zipfel tragen, welche die Haare fest zusammenhalten. *Putzler-Danzig.*

Über gewerbliche Infektionen, von Achille Monté - Pavia. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1906. Nr. 34.) Der Artikel enthält unter anderem eine Zusammenstellung der Gewerbe, bei deren Ausübung die Syphilis übertragen werden kann. *Putzler-Danzig.*

Fig. 1.

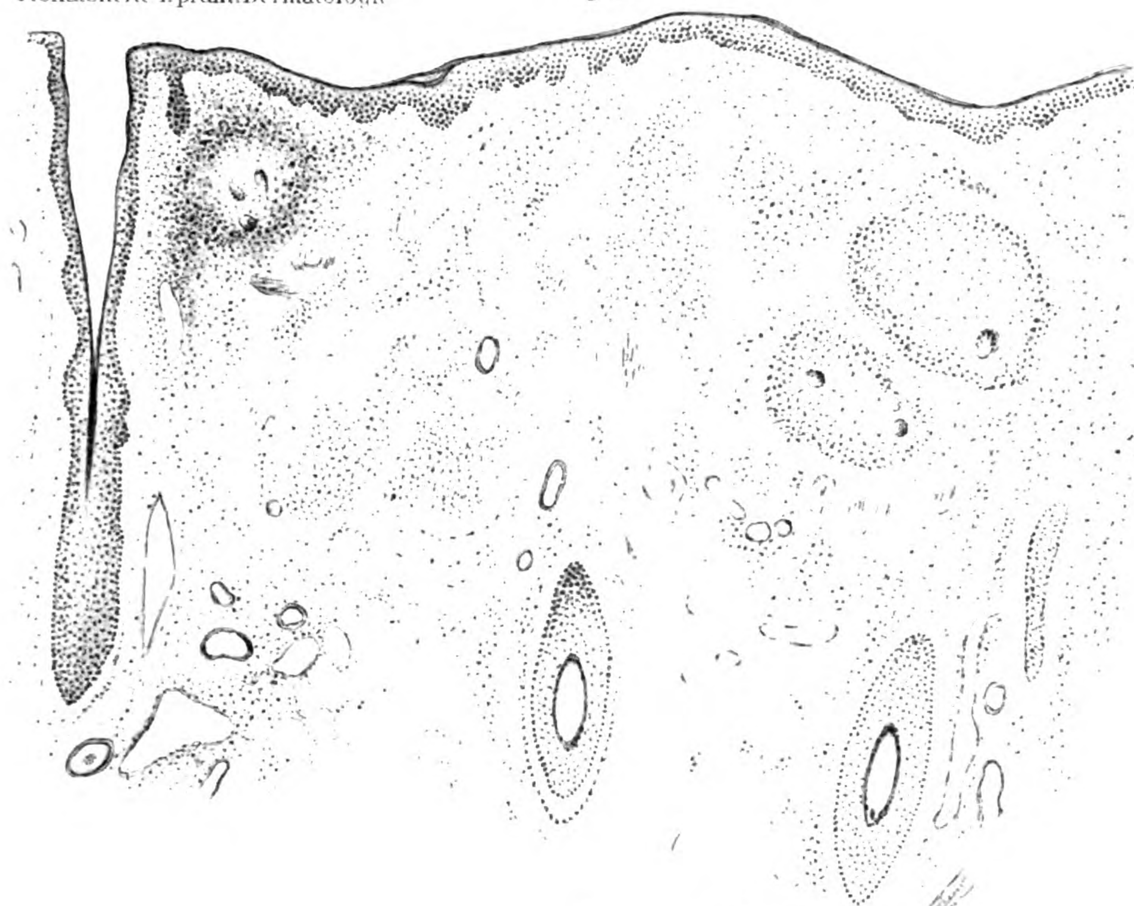


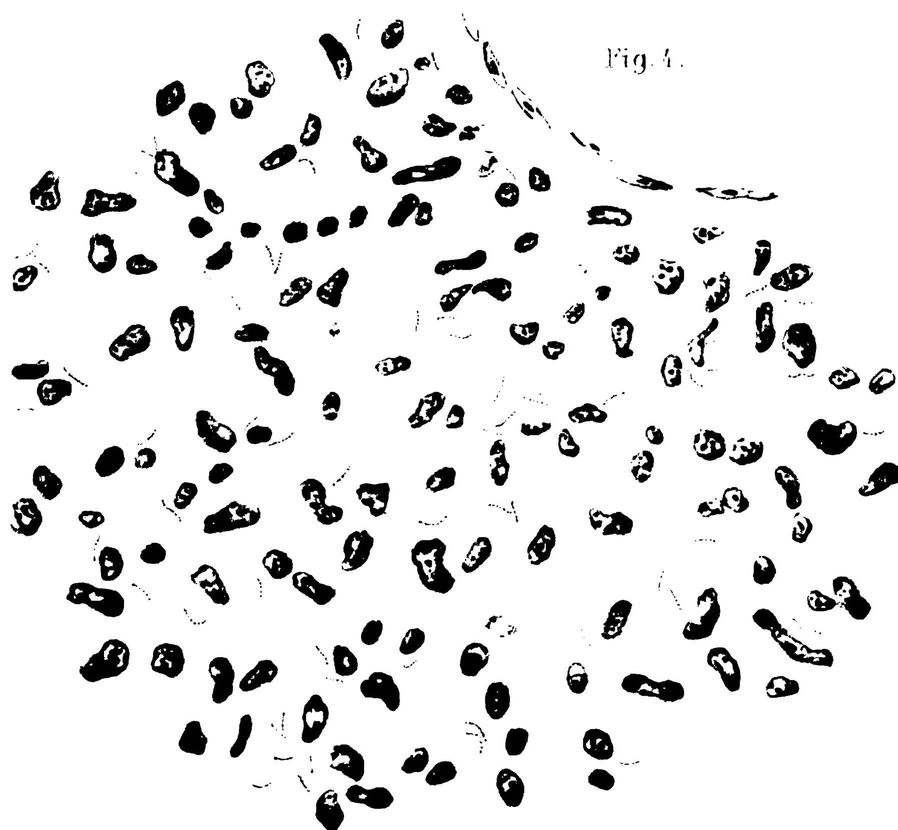
Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.



Leopold Voss

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 44. №. 2. 15. Januar 1907.

Über die Entwicklung des aristotelischen Begriffes der Tumores praeter naturam.[1]

Von

Dr. PAUL RICHTER-Berlin.

In der Mitte des 16. Jahrhunderts taucht in der medizinischen Terminologie ein neuer Ausdruck auf, Tumores praeter naturam, und es werden darunter im allgemeinen solche äufsere Erkrankungen verstanden, welche wir heute als Hautkrankheiten bezeichnen. ROSENBAUM hat in seiner Schrift „Zur Geschichte der Lehre von den Hautkrankheiten“ (Halle, 1844, S. 3) eine kleine Anzahl solcher Monographien angeführt, aber die Zahl der vorhandenen Monographien ist sehr viel gröfser, und aufserdem finden sich mehr oder weniger lange Kapitel und Abteilungen, welche de tumoribus praeter naturam überschrieben sind, in den meisten chirurgischen und auch in einigen Lehrbüchern der klinischen Medizin bis ins 19. Jahrhundert hinein, und die Krone des Ganzen wird durch RUDOLF VIRCHOWS berühmte „Vorlesungen über die krankhaften Geschwülste“ (3 Bände, Berlin 1863—67) gebildet.

Weit ist der Weg, welchen der genannte Ausdruck zurückgelegt hat: denn seinen Ursprung findet er bei Aristoteles (384—322). In dessen Schrift „Problemata“, Fragstücke der Naturkunde, heifst es in der Sectio XIV, welche betitelt ist „Quae ad rem veneream pertinent“, in Absatz 13: ... non enim quaecumque in corpore exstiterunt, ad corpus pertinere statuendum est: nam et tubercula fiunt, quae tollimus atque ejicimus, atque in universum quae praeter naturam sunt, haec aliena omnia sunt: praeter naturam autem sunt vel multae res quae simul gignuntur.

Durch M. WELLMANN[2] und die von ihm zitierten Arbeiten von

[1] Nach einem Vortrag, gehalten in der Abteilung für Geschichte der Medizin der 78. Naturforscherversammlung in Stuttgart am 17. September 1906.

[2] M. WELLMANN, *Fragmentsammlnng der griechischen Ärzte.* 1901. Bd. I. Die Fragmente der Sikelischen Ärzte AKRON, PHILISTION und des DIOKLES von Karystos. S. 89, Anm. 1.

H. Diels[3] und Carl Fredrich[4] ist zwar festgestellt worden, daſs diese Ausdrücke älter sind und zum Teil schon auf Empedokles von Akragas (495—435) zurückgeführt werden können, aber für die medizinische Literatur ist trotzdem Aristoteles der Ausgangspunkt geworden, und wir finden erst bei Galen, also im zweiten Jahrhundert unserer Zeitrechnung dementsprechende Stellen, während Hippokrates, wie Galen mehrfach hervorhebt, dafür den Ausdruck Oidema benutzt hat. Bei Galen ist es neben den Büchern XIII und XIV der Schrift „de methodo medendi" vor allem das „liber de tumoribus praeter naturam", welches eigentlich das erste Lehrbuch über Hautkrankheiten bildet. Entsprechend der Definition, daſs *ὄγκοι παρὰ φύσιν* = tumores praeter naturam Abweichungen in der Länge, Breite und Tiefe sind, werden in 17 Kapiteln sehr kurz (in den venezianischen Folioausgaben aus der Mitte des 16. Jahrhunderts, den Juntinen, sind es nur fünf Seiten) Entzündungen, Abscesse, sinuöse Geschwüre, Fisteln, Aneurysmen, Decubitus, Varicen, Nabel- und Leistenbrüche, Epulis, Parulis, Anschwellungen des Zäpfchens und der Tonsillen, Polypen, Staphylome und andere Krankheiten behandelt, die man mit einem modernen amerikanischen[5] Ausdruck als äuſsere und „orificial" bezeichnen würde.

Später scheint der Ausdruck verloren gegangen zu sein. Ich habe ihn nur gefunden bei dem im sechsten nachchristlichen Jahrhundert lebenden Aetius aus Amida im 104. Kapitel des 2. Buches im I. Band seiner „ärztlichen Bücher", bei Theophanus Nonnus (10. Jahrhundert) an verschiedenen Stellen. Bemerkenswert ist, daſs die 1794/95 erschienenen Ausgabe seiner Werke nur „Epitome de curatione morborum" überschrieben ist, während die 1568 erschienene Ausgabe den langen Titel führt: „De omnium particularium morborum curatione, sic ut febres et tumores praeter naturam complectatur". Bei dem im 11. Jahrhundert lebenden Gariopontus ist im 5. Buch der Therapeutica specialis (Ausgabe Basileae. 1536) das 41. Kapitels „de tumore" und das 43. „de apostematibus" überschrieben, es macht sich aber bei den Überschriften schon der Einfluſs der Zeit der Drucklegung bemerkbar. Endlich hat der um das Jahr 1300 lebende Actuarius in seiner Schrift de methodo medendi das 12. Kapitel des 2. Buches und das 16. Kapitel des 4. Buches „de tumoribus praeter naturam" überschrieben.

Damit verschwindet der Begriff der tumores praeter naturam für einige Jahrhunderte aus der Terminologie des Abendlandes, um aber in

---

[3] H. Diels, Über das physikalische System des Straton. Sitzungsberichte der K. preuſs. Akad. der Wissensch. Berlin, 23. Febr. 1893. Phil. hist. Klasse. S. 101—127.

[4] Carl Fredrich, *Philologische Untersuchungen*. Heft XV. 1899. Hippokratische Untersuchungen. S. 201, Anm. 1.

[5] In Chicago erschien 1892—95 ein *Journal of orificial surgery*.

anderer Form in der Medizin der Araber wieder aufzutauchen. Wie kam er dahin?

Es ist bekannt, daſs die griechischen Philosophen und Ärzte groſsen Einfluſs auf die Wissenschaften der Araber ausgeübt haben, und daſs die Chalifen trotz der mit schonungsloser Grausamkeit geführten Kriege den Wert der Wissenschaften nicht verkannten.[6] Da aber der Charakter und die Religion der Muhammedaner ohne die Möglichkeit selbständige Werke hervorzubringen eine Anlehnung an schon vorhandene Werke erforderte (wir finden dies bei vielen asiatischen Völkern und können es jetzt noch bei den Japanern beobachten), so waren sie auf die wissenschaftlichen Ergebnisse der Völkerschaften angewiesen, mit denen sie oft mit Erfolg in kriegerische Beziehungen getreten waren. Dies waren neben den Persern, deren Einfluſs auf die Araber nicht zu verkennen ist (so war z. B. Rhazes ein Perser) vor allem die Griechen, und schon zwei Jahrhunderte nach Gründung des Islām wurden zahlreiche Übersetzungen griechischer Autoren angefertigt, besonders unter dem Chalifen al-Mamūn (813—833). Durch die Untersuchungen von Moritz Steinschneider wissen wir, daſs die Problemata des Aristoteles ins Arabische übersetzt wurden (Aristoteles-Ausgabe des Königl. Preuſsischen Akademie der Wissenschaften in Berlin, Bd. V, 1870, S. 1469 ff.), und dasselbe gilt für Galens liber de tumoribus praeter naturam (*Virchows Arch.* 1891, Bd. 124, S. 269). Der arabische Ausdruck al-aurām wurde von den Übersetzern der arabischen Autoren ins Lateinische mit Apostemata übersetzt, und wir finden zuerst in Rhazes liber medicinalis Almansoris, daſs im 7. Buch, welches die Chirurgie betrifft, die Kapitel 11—13 apostemata calida, mollia und dura überschrieben werden. Es sind dies aber nur ganz kurze Bemerkungen, welche z. B. in der Oktav-Ausgabe der opera parva. Lugduni. 1511 nur zwei Seiten umfassen, während in dem nach Rhazes' Tode von seinen Schülern herausgegebenen Continens das 27. Buch ausführlich die Apostemata behandelt. In dem groſs angelegten Canon des Avicenna sind beide Traktate des dritten Fen im 4. Buch de apostematibus überschrieben; bei Serapion und Ali Abbas sind nur einzelne Kapitel, welche nicht in Betracht kommen, de apostematibus überschrieben. Apostema = Abscessus bedeutet aber nicht im Sinne der heutigen klinischen Terminologie einen mit Eiter gefüllten Binnenraum, sondern wörtlich nur etwas, das absteht, d. h. einen Tumor, und dementsprechend werden, wie in der Schrift des Galen bei Avicenna hauptsächlich Erkrankungen der Haut und der Drüsen behandelt. Und wie bei Avicenna finden wir bei einer groſsen

---

[6] Ich verweise auf einen interessanten Vortrag von Prof. H. Suter in Zürich: „Die Araber als Vermittler der Wissenschaften in deren Übergang vom Orient in den Occident". 2. Auflage. Aarau 1897.

Zahl mittelalterlicher Ärzte, welche man Arabisten nennt, besonders bei chirurgischen Schriftstellern, Abschnitte, welche die Apostemata behandeln. Ich will hier nur von bekannteren, z. B. den Bruno von Longobardo nennen, welcher im 5. Kapitel des 2. Buches seiner Chirurgia magna das apostema als tumor seu inflatio praeter naturam bezeichnete.

Die also den arabischen Übersetzungen entnommene Bezeichnung Apostema konnte sich aber nur so lange halten, bis die Renaissance, die Wiedergeburt der Wissenschaften, das Studium der griechischen Originalwerke mit sich brachte, so daſs der deutlichere Ausdruck der tumores praeter naturam wieder zur Geltung kommen konnte. Der erste, welcher einen gröſseren Abschnitt so betitelte, war Johann Tagault, der von seinen zuerst 1543 zu Paris in Folio erschienenen „de chirurgica institutione libri quinque“ das erste als tumores praeter naturam überschrieb. Trotz der Einteilung in die sechs Abschnitte: Phlegmone, Erysipelas, Oedema, Scirrhus, Inflatio und Abscessus, kommen aber die verschiedenen Krankheitsformen ohne sichtbare Ordnung durcheinander. Noch schlimmer ist es bei Johann Philipp Ingrassia in seinem auf sieben Bände berechneten Werk de tumoribus praeter naturam, von dem aber nur der erste unter groſsen Schwierigkeiten (verschiedene Verleger hatten die Drucklegung begonnen, aber nicht fortsetzen können) Neapoli 1553 in fol. erschien.

Anschlieſsend an die ganz unschuldige Einleitung der oben genau bezeichneten Stelle bei Avicenna (sie lautet: Jam locuti fuimus in libro primo de apostematibus, et speciebus eorum, et curis ipsorum sermone universali, ad quem redire oportet illum, qui vult audire, quod nunc loquemur, in hoc autem loquemur sermonem particularem) bespricht Ingrassia mit ebenso groſser Gelehrsamkeit wie Weitschweifigkeit zuerst die 61 Tumoren, welche Galen in seinem liber de tumoribus praeter naturam kurz angeführt hatte. Dazu braucht er nur 300 Folioseiten, ehe er dazu kommt, seine eigene Einteilung anzugeben, die 226 Arten umfaſst, d. h. es gibt fast keine Krankheit, welche nicht als Tumor aufgefaſst werden könnte. Allerdings bespricht er davon nur 129 Tumoren mehr oder weniger kurz auf 76 Seiten. Die auf weitere sechs Bände berechnete Besprechung der übrigen ist leider verloren gegangen. Wir können zwar das entbehren, was er von griechischen und römischen Autoren angibt, da wir es durch das Studium der Originale ersetzen können. Das, was er von arabischen Autoren sagt, ist für uns genau so wertlos, wie fast alle Übersetzungen von Werken arabischer Ärzte, die bis auf wenige aus neuester Zeit unbrauchbar sind. Aber auf Seite 194 ff. finden wir die erste Erwähnung der Varicellen und der Scarlatina, für welche uns laut Seite 376 weitere Beschreibungen in Aussicht gestellt waren, welche für die Geschichte der Lehre von den

akuten Exanthemen von grofsem Wert gewesen wären. Da wir diese leider nicht bekommen haben, hat INGRASSIA für uns keinen Wert.[7]

Andererseits treten dann durch INGRASSIA beeinflufst eine grofse Anzahl von Schriftstellern auf, teils mit Monographien de tumoribus praeter naturam, teils mit einzelnen Abteilungen und Kapiteln in meist chirurgischen Werken. Ich nenne zuerst den Züricher Wundarzt, JAKOB RÜFF, der in seinem libellus de tumoribus quibusdam phlegmaticis non naturalibus Tiguri 1556. 4.° in sechs Kapiteln alle möglichen Tumores aufzählt und dabei teilweise die deutschen Bezeichnungen hinzufügt, wodurch natürlich das Verständnis bedeutend gefördert wird.[8] 1562 erschien (Venetiis. 8.) des HIERONYMUS CRASSUS tractatus de tumoribus p. n., der entsprechend den vier humores der Pathologie GALENS vier differentiae primae tumorum annahm, nämlich phlegmone seu inflammatio, erysipelas seu ignis sacer, oedema seu inflatio und scirrhus seu durities, darunter aber auch alle möglichen Hautkrankheiten kurz beschreibt. ROSENBAUM nennt CRASSUS nicht, wohl aber den DOMINICUS LEONUS, dessen methodus curandi febres, tumoresque praeter naturam (Bononiae 1562. 8.) zuerst drei einleitende Kapitel enthält, dann aber trotz der Einteilung in tumores sanguinei, biliosi, atrabiliares, pituitosi und permisti variique, in zusammen 48 Kapiteln hinter- und durcheinander nicht nur alle möglichen Hautkrankheiten, sondern auch andere wie z. B. aneurysma (12), uva hoc est gurgulionis inflammatio (13), anasarca, ascites, tympanities (23), hydrocephalus (25), hydrocele (26), strumae seu scrophulae (29), bronchocele id est gutturis tumor (30), varix (37), polypus (38), parotides (44), variolae et morbilli (45), arthritis, ischias, podagra (46) und auch den morbus gallicus (48) beschreibt. Aus demselben Jahre stammt, bei ROSENBAUM nicht aufgeführt, der „letzste Theyl der grofsen Teutschen Chirurgei“ des WALTER HERMANN RYFF aus Strafsburg (Frankfurt am Meyn. fol.), welcher den Untertitel führt: „Rechte / wahrhaffte / eygendliche unterscheydung / und gründliche Cur allerhandt eufserlichen Geschwulst / Apostem / Bläterlin / und mancherley Geschwellen des gantzen Leibs“, worin in 54 Kapiteln unter Anführung der deutschen Bezeichnungen dieselben Krankheiten beschrieben werden. Ich nenne dann noch JOHANN FERNEL (Opera. Venetiis. 4. 1565. liber VII.), LEONHARD FUCHS (Opera.

---

[7] Ich gebe keine ausführliche Inhaltsangabe, weil eine solche in GURLTS Geschichte der Chirurgie (Berlin 1898) Band II, S. 306—310 abgedruckt und überall leicht zugänglich ist.

[8] JAKOB RÜFF ist in einer anderen, nicht medizinischen Beziehung interessant. Wie der Stuttgarter Wundarzt FRIEDRICH SCHILLER, so hat auch er ein Wilhelm Tell-Schauspiel geschrieben, das zuerst 1545 aufgeführt wurde und 1548 zu Zürich in Druck erschien. Dr. phil. FRIEDRICH MAYER hat ein Exemplar davon in der Münchener Bibliothek entdeckt und 1843 in Pforzheim mit Erläuterungen neu herausgegeben.

1566. fol. tomus II. liber 5), GABRIEL FALOPPIO, dessen 1568 erschienene libelli duo, alter de ulceribus, alter de tumoribus praeter naturam (Venetiis. 8) ROSENBAUM erwähnt, dann die unter dem Namen des ANDREAS VESALIUS herausgegebene Chirurgia magna (Venetiis 1569. fol. liber V.), HIERONYMUS FABRICIUS ab Aquapedente, dessen 1582 zuerst erschienene Chirurgie die Tumores im ersten Buch behandelt. Besonders interessant ist wieder die 1682 in Nürnberg erschienene deutsche Ausgabe.

Damit will ich die Aufzählung schliefsen, da die Entwicklung des Begriffes der tumores praeter naturam abgeschlossen ist. Wer sich aber mit Geschichte der Hautkrankheiten beschäftigt, wird in den Schriften de tumoribus praeter naturam viel Material finden, und auch dabei erkennen, dafs, wenn die Dermatologie auch sehr spät als Spezialfach anerkannt wurde, das Studium der Erkrankungen der Haut doch nie vernachlässigt worden ist.

Aus der Praxis.

Über intramuskuläre Injektionen mit einer Suspension aus Vasenol-Hydrargyrum salicylicum unter Zusatz von Novocain.

Von

Dr. ARTUR STRAUSS-Barmen.

Die üblichen intramuskulären Einspritzungen des unlöslichen Quecksilbersalzes Hydrargyrum salicylicum, in Paraffinum liquidum suspendiert, haben nicht unwesentliche Schattenseiten. Das Salz bleibt sehr mangelhaft in dem Paraffin suspendiert. Es setzt sich nach längerem Stehen als dicke Masse, die erst wieder aufgerührt und durchgeschüttelt werden mufs, auf dem Grunde der Flasche fest. Um diesem Übelstande abzuhelfen, bediente ich mich kleiner Glaskugeln, die das Salz beim Schütteln schneller lösen sollen. Aber diese Glaskugeln setzen sich leicht in der dicken Masse des Salzes so fest, dafs sie selbst durch kräftiges Schütteln nicht aus ihrer Lage befreit werden können. Die schwere Suspendierbarkeit des Salzes im Paraffinum liquidum hat eine weitere unangenehme Folge: es verstopfen sich bei der Injektion leicht die Kanülen. Endlich sind die Embolien zu erwähnen, die bei der Anwendung des Paraffinum liquidum als Vehikel für das salicylsaure Quecksilber nicht selten beobachtet werden und nicht allein auf das Paraffinum liquidum selbst, sondern in erster Linie wohl auf die mangelhafte Suspension des Salzes in ihm zurück-

zuführen sein dürften. Diese Embolien kommen besonders leicht vor, wenn man eine gröſsere Muskelvene angestochen hat. Man beobachtet daher die Vorsicht, die Suspension nicht eher zu injizieren, bis man sich überzeugt hat, daſs aus der Kanüle kein Blut abtropft. Aber trotz dieser Vorsichtsmaſsregel lassen sich die Embolien nicht ganz vermeiden. Diese äuſsern sich in unmittelbar nach der Einspritzung auftretenden, mehr oder weniger starken Hustenparoxysmen, die sich meist im Verlaufe einer oder mehrerer Stunden wieder verlieren, ohne weitere Folgen zu hinterlassen, aber immerhin für den Kranken auſserordentlich peinlich sind und ihm für die betreffende Zeit den Verkehr mit anderen Menschen fast unmöglich machen. Auch ernste Zustände können sich entwickeln: Schmerzen und Stiche in der Brust, Angstgefühl, Atemnot, blutiger Auswurf mit den objektiv perkutorisch und auskultatorisch nachweisbaren Erscheinungen eines Lungeninfarktes. Um diesen unangenehmen Eigenschaften der Paraffinsuspension aus dem Wege zu gehen, benutzte ich bereits seit Jahren als Vehikel das Ol. arachnidis, welches das Salz besser suspendiert erhält, wenn man auch bei ihm auf Glaskugeln nicht verzichten kann. Auch die übrigen Neben- und Folgeerscheinungen sind bei seiner Anwendung seltener.

Ein, man darf wohl sagen, tadeloses Vehikel für die salicylsaure Quecksilbersuspension ist uns erst mit dem Vasenolum liquidum beschert worden, eine unbegrenzt haltbare Emulsion, die sich mit wässerigen und festen Medikamenten jeder Art leicht vereinigen läſst und mit dem salicylsauren Quecksilber eine so fein verteilte homogene, nicht körnige Mischung darstellt, daſs sie keinen festen Satz im Glase bildet und durch leichtes Umschütteln sofort gebrauchsfertig wird. Das Verfahren der Darstellung des Vasenolum liquidum beruht darauf, daſs indifferenten Fetten und Ölen, insbesondere Kohlenwasserstoffen, wie Vaselin, Paraffinöl durch Zusatz von sogenannten Wachsalkoholen Wasseraufnahmefähigkeit verliehen wird. Man gibt hierdurch diesen indifferenten Fetten und Ölen animalische Eigenschaften. Die Wachsarten, welche aus höheren Fettsäureestern, wie Ceryl-, Cetyl-, Meyricylestern bestehen, werden in Fettsäuren und Fettalkohole, Ceryl-, Cetyl-, Meyricylalkohol gespalten. Letztere haben die Eigenschaft, schon bei Zusätzen von 1—5% dem Vaselin und Paraffinöl eine auſserordentlich hohe Wasseraufnahme resp. Emulsionsfähigkeit zu verleihen. Derartig präparierte Fette und Öle sind völlig frei von Säure und Alkali, unterliegen also niemals dem Ranzigwerden. Die mit einem leichten Paraffinöl hergestellte salicylsaure Quecksilbervasenolsuspension (10%ig) läſst sich in angenehmster Weise einspritzen, weil sie keine Verstopfung der Kanülen herbeiführt. Tritt einmal ein leichtes Hindernis auf, so genügt ein geringes Zurückziehen des Kolbens, um es sofort zu heben.

Die Suspension benutze ich seit längeren Monaten, und bei zahllosen Injektionen habe ich keinen einzigen unangenehmen Zufall embolischer Art erlebt. Das Mittel ist auch für den Kranken aufserordentlich verträglich. Indessen ist diese Verträglichkeit individuell sehr verschieden, wie das auch beim Paraffinum liquidum und dem Ol. arachnidis beobachtet wird. Während einzelne Kranke gar keine Schmerzen empfinden, klagen andere, meist nach den ersten Injektionen, zuweilen oft auch dauernd über Schmerzen an der Injektionsstelle oder in dem Beine der Seite, an welcher die Injektion vorgenommen wurde, manchmal auch über Schmerzen beim Liegen auf der betreffenden Seite und mehr oder weniger intensives Müdigkeitsgefühl im Beine in den nächsten Tagen. Aus diesem Grunde habe ich der Suspension ein Anästhetikum zuzufügen gesucht. Wegen ihrer Wasseraufnahmefähigkeit bereitete es keine Schwierigkeiten. Ich habe die verschiedensten Anästhetika in diesem Sinne geprüft. Als das beste bewährte sich das Novocain, das bei gleich starkem anästhetischem Effekt mindestens sechsmal weniger giftig als das Kokain und zwei- bis dreimal weniger giftig als dessen Ersatzpräparate sein soll. Es ist völlig reizlos und aufserordentlich leicht in Wasser löslich, nämlich im Verhältnis von 1 : 1, zu einer neutral reagierenden Flüssigkeit. In alkalischen Lösungen bilden sich Niederschläge. Man mufs daher die Nadeln, die man am besten in Vasenolum liquidum aufbewahrt, ohne Zusatz von Soda auskochen. Um jede Ausfällung zu verhüten, ist es ratsam, die Komponenten der Suspension getrennt darzustellen.

Auf Grund meiner Versuche und meiner zahlreichen Erfahrungen empfehle ich statt der bisher üblichen Paraffinsuspension mit Hydrargyrum salicylicum, das unter den unlöslichen Salzen auch fürderhin seinen bewährten, ja den ersten Platz in der Injektionstherapie der Syphilis behaupten dürfte, folgende Mischung, die auch bei sehr empfindlichen Kranken die Einspritzungen erträglich gestaltet:

I.

℞ *Vasenol-Hydrargyr. salicyl.*
steril. 10% 100,0

II.

Novocain 2,0—4,0
Solve in aq. destill. q. s.
Misce I u. II.

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 1./14. Dezember 1906.

Originalbericht von ARTH. JORDAN-Moskau.

Nach Eröffnung der Sitzung hielt Prof. POSPELOW einen warmen Nachruf auf das verstorbene Ehrenmitglied der Gesellschaft, Prof. J. NEUMANN.

1. RESCHETILLO führte einen 48jährigen Herrn, als geheilt von einer **Sycosis barbae**, vor. Die Behandlung hatte in **Röntgenbestrahlung** bestanden.

Diskussion: METSCHERSKI findet den therapeutischen Effekt sehr gut. BOGROW erkundigt sich, ob R. eine radikale Heilung annimmt oder nicht, da FREUND u. and. keine radikale Heilung beobachten konnten. RESCHETILLO meint, es kommt darauf an, ob man die Röntgenbehandlung der Sycosis mit oder ohne vorhergegangene Epilation ausführt. In ersterem Fall, wie das hier geübt werden konnte, ist auf eine radikale Heilung zu hoffen. BOGROW meint, es käme auf die Ätiologie der Sycosis an. RESCHETILLO bleibt bei seiner Ansicht. Nach einigen Fragen von Prof. SINIZYN über das Wiederwachsen der Haare an den bestrahlten Stellen, wie über die Wirkungsweise der Röntgenstrahlen bei Sycosis, erkundigt sich SOKOLOW, wie die Folliculitis in der Umgebung einiger Haare zu deuten sei? RESCHETILLO spricht dieselbe als Reste der Röntgenreaktion an. SOKOLOW glaubt, daſs es sich um Reste von Sycosis handele. POSPELOW sprach sein Bedauern aus, daſs der Kranke nicht vor Beginn der Behandlung vorgestellt worden sei, da man sich dann ein sichereres Urteil über den Wert der Röntgenbehandlung bei Sycosis hätte bilden können. Augenblicklich finden sich beim Kranken noch Sycosisknötchen auf der Oberlippe, so daſs es verfrüht wäre, von einer vollkommenen Heilung der Sycosis durch Röntgenbestrahlung zu sprechen.

2. SOKOLOW stellte drei Fälle von **Epithelioma faciei** und einen von **Naevus vasculosus faciei** vor, die alle mit **Radium** behandelt worden sind, welches in dem einen Epitheliomfall so gut wie zur Heilung, in den beiden anderen Epitheliomfällen, ebenso wie beim Naevus vasculosus zu bedeutender Besserung geführt hat. Nach verschiedenen Versuchen mit bald längerer, bald kürzerer Belichtung durch Radium fand S., daſs beim Naevus das beste Resultat bei einer Belichtung im Laufe von je acht bis zehn Minuten erzielt wurde. Im Ganzen haben bei letzterer Patientin in der Zeit von sieben Monaten 41 Sitzungen stattgefunden.

Diskussion: TSCHLENOW fragt, ob die Röntgen- oder Radiumbehandlung beim Naevus vasculosus vorzuziehen sei? SOKOLOW entgegnet, bei der Radiumbehandlung werden zartere Narben erzielt und die Behandlung selbst ist schmerzlos. TSCHLENOW hat einen hübschen Erfolg bei einem Fall von Naevus vasculosus durch Behandlung mit der Dermolampe gesehen. SINIZYN findet die erzielten Erfolge sehr befriedigend, aber kann weder bei den Epitheliomfällen, noch beim Naevus eine völlige Heilung konstatieren, glaubt aber, daſs dieselbe beim Epitheliom eher zu erreichen sein wird als beim Naevus.

POSPELOW sagt, die Fälle sind nicht als geheilt, sondern als gebessert vorgestellt worden, wenn mit der Vorstellung nicht gewartet wurde, geschah es, um den allmählichen Verlauf der Behandlung zu zeigen.

3. Prof. Pospelow machte eine vorläufige Mitteilung über die **Behandlung einiger Hautkrankheiten mit Bier'scher Stauung** und demonstrierte eine Kollektion von Instrumenten, die er von der Firma Malm erhalten hat. Die Stauungshyperämie nach Bier wird entweder vermittels einer elastischen Binde, oder durch Apparate mit verdünnter Luft, konstruiert nach dem Typus der Schröpfköpfe, erreicht. Bier empfiehlt bekanntlich die rote Hyperämie zu benutzen, welche sich durch Schröpfköpfe leicht, vermittels einer Gummibinde aber, nach dem Ausspruch der Chirurgen, schwerer erzielen läſst. Diese Schwierigkeit wird bedingt durch die Unmöglichkeit einer genauen Regulierung des Spannungsgrades. Solange die rote Hyperämie nicht erzielt ist, muſs man die elastische Binde entweder anziehen oder lockern, was aber durch die Reibung des Gummi zwischen den einzelnen Touren der Binde unmöglich wird. Es bleibt also nichts anderes übrig, als die Binde immer wieder abzunehmen und anzulegen, bis endlich eine rote Hyperämie zustande kommt. Die von Henle und Koslowsky angegebenen Verbesserungen erreichen nicht den Zweck, besser scheint der von Dr. Tomaschewsky aus der Weljaminowschen Klinik in Petersburg angegebene Apparat zu sein. Derselbe ist leicht, hübsch und einfach. Bei Behandlung mit der Bierschen Stauung sind folgende Bedingungen zu beobachten: 1. Die der Stauung ausgesetzte Extremität muſs wärmer, jedenfalls aber nicht kühler als die gesunde Extremität sein, 2. die Hautfarbe muſs bei der Stauung hell- oder purpurrot, aber nicht bläulich sein, 3. die Schmerzen müssen nach angelegter elastischer Binde bald nachlassen, dürfen aber nicht durch dieselbe auftreten. Das Wesen der Bierschen Stauung liegt demnach: 1. in einer Beruhigung der Schmerzen durch das seröse Ödem (Ritter, Schleich), 2. in einer bakteriziden Wirkung des Serums auf die Bakterien und ihre Toxine (Nötzel, Laquer, Wessely, Büchner, Heller, Hamburger usw.) und 3. in einer resorbierenden Wirkung des Serums und des Blutplasmas. Auf dieser resorbierenden Wirkung der aktiven und passiven Hyperämie beruht hauptsächlich die von Chirurgen und anderen Spezialisten, darunter auch Dermatologen und Venerologen anerkannte Wirkung der Bierschen Stauung, so z. B. bei einigen Arten von Bubo, Lymphangitis, Furunkeln, Karbunkeln, Acne indurata usw. Derartige Versuche sind auch in der Moskauer dermatologischen Klinik begonnen worden, über die Referent sich vorbehält, in einer der nächsten Sitzungen zu berichten. (Autoreferat.)

4. Tschlenow machte Mitteilung über die **Behandlung der Bubonen bei weichen Schankern nach der Bier'schen Methode.** Seine Versuche hat er im Mjassnitzkihospital an 16 Fällen angestellt, wobei er sich überzeugte, daſs der Erfolg in der Hälfte der Fälle ein vorzüglicher war. In viel kürzerer Zeit, als gewöhnlich, kam es teilweise zur Resorption, teilweise zur Vernarbung der inzidierten Bubonen, wobei die Schmerzen sofort aufhörten und keine Temperatursteigerungen beobachtet wurden. Wo Fluktuation besteht, muſs sofort inzidiert werden und dann die Biersche Stauung zur Anwendung kommen. In einigen Fällen kam es freilich zu zeitweiligen Verschlimmerungen, wenn auch nicht zu leugnen ist, daſs der spätere Verlauf dieser Fälle unter der Bierschen Stauung ein besserer als sonst war.

Diskussion: Prof. Sininy ist der Ansicht, daſs die oberflächlichen Bubonen durch die Biersche Stauung gut, die tieferliegenden schlecht beeinfluſst werden. Tschlenow meint, richtiger wäre es, von avirulenten und virulenten Bubonen zu sprechen. Krassnoglasow, welcher Gelegenheit gehabt hat, die Fälle zu sehen, bemerkte, daſs die Behandlung sich erfolgreich erwies beim sog. Bubo dolens und Bubo suppurativus, aber ohne Erfolg war bei den schankrösen Bubonen.

Pospelow ist gleichfalls der Ansicht, daſs diejenigen Bubonen, welche durch die Biersche Stauung ohne Erfolg behandelt werden, anscheinend schankröse und nicht einfache gewesen sein müssen. Durch Untersuchung des Eiters auf den Strepto-

bacillus Ducrey müfste man sich über die Natur des Eiters Aufklärung verschaffen, was leider bei den besprochenen Versuchen verabsäumt worden ist. Er rät daher, den durch Probepunktion oder durch Inzision gewonnenen Eiter zu untersuchen, ob es sich um einen schankrösen oder einfachen Bubo handele und ob nicht nur die letzteren durch die Biersche Stauung günstig beeinflufst werden.

5. Wermel als Gast sprach über die **Behandlung des Hautjuckens.** In neun Fällen von Pruritus simplex, beruhend auf verschiedenen Störungen des Stoffwechsels, hat er durch Behandlung mit Dampfbädern und darauffolgenden Douchen Schwinden des Juckens erzielt, während Lichtbäder eher zu Verschlimmerungen führten. In einem Fall erwiesen sich schottische Douchen von günstigem Effekt.

Diskussion: Speracski bestätigt diese Erfahrungen, soweit es sich bei den besprochenen Fällen um seine Kranken handelte.

Krassnoglasow findet, dafs die günstige Wirkung der Dampfbäder schon längst bekannt sei.

Wermel nimmt gar nicht für sich in Anspruch, etwas ganz Neues gefunden zu haben, hat aber die gute Wirkung dieser Behandlung beim Hautjucken in der Literatur nicht erwähnt gefunden.

Bogrow fragt, ob W. auch die Röntgenstrahlen bei Hautjucken versucht hat?

Wermel verneint es.

Reschetillo sagt, die Röntgenstrahlen können gelegentlich das Hautjucken benehmen, geschieht es aber nicht bei der ersten Bestrahlung, dann überhaupt nicht.

Pospelow glaubt, dafs der von so verschiedenen inneren Ursachen abhängige Juckreiz weder durch diese oder jene Behandlungsmethode, noch durch Dampfbäder geheilt werden kann, denn wer weifs, ob der heute geschwundene Juckreiz nicht wieder morgen auftritt. Was aber die Behandlung mit Dampfbädern anbetrifft, so ist diese schon längst in Rufsland als „russisches Bad“ bekannt, wo durch Begiefsen von Steinhaufen, in einem besonderen Ofen, mit kochendem Wasser heifse Dämpfe entwickelt werden. Ebenso bekannt ist es aber, dafs der Juckreiz durch solche Dampfbäder nicht vergeht, sondern zuweilen sich sogar steigert, wie überhaupt dadurch manche Hautkrankheiten und sonstige Störungen des Organismus sich verschlechtern können.

Fachzeitschriften.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Band III, Nr. 11.

Die Notwendigkeit der inneren Behandlung der Blennorrhoe, von A. Coblenzer-Berlin. Aus einer kurzen Übersicht der neueren Literatur über Blennorrhoebehandlung zieht Verfasser den Schlufs, dafs man freilich nicht auf die Lokalbehandlung im allgemeinen verzichten kann, dafs aber immerhin Fälle vorkommen, welche unter Behandlung ausschliefslich mit inneren Mitteln ausheilen, und die interne Therapie jedenfalls ein nicht zu unterschätzendes Hilfsmittel auf diesem Gebiet ist. Den Vorzug gibt C. dem Arhovin, dem bekannten Additionsprodukt des Diphenglomins und der esterifizierten Thymolbenzoesäure. Dasselbe soll völlig ungiftig sein und sehr gut resorbierbar. Der Übergang aus dem Magen kann schon nach 15 bis 20 Minuten an der Grünfärbung des Urins bei Zusatz einer 1% Eisenchloridlösung

nachgewiesen werden. Man gibt das Mittel in Kapseln zu 0,25 je nach der Schwere der Erkrankung drei- bis acht- oder zehnmal im Tage. Daneben können auch Stäbchen mit Arhovin in die Urethra (vier bis sechs pro die) resp. in die Scheide oder (bei Prostataentzündungen) in den Mastdarm eingeführt werden. Die mitgeteilten Fälle, eine Auslese von sechs unter mehreren Beobachtungen, ergaben die üblichen guten Resultate der neuesten Heilmittel.

Eine Kundgebung des Abolitionismus, von Anna Pappritz - Berlin. Die abolitionistische Föderation veranstaltete im Oktober zu Nürnberg eine Generalversammlung, über welche Frl. P. hier berichtet. Frau Justizrat Bennewitz - Halle bekämpfte die Reglementierung als ungesetzlich. Sie weist ganz folgerichtig nach, dafs nach den bestehenden Gesetzen keine Berechtigung vorliegt, die Prostitution des Weibes als ein Vergehen zu bestrafen, namentlich da der männliche Mitbeteiligte ohne Nachteile ausgeht. (Dafs die Reglementierung nicht eine Bestrafung, sondern eine Schutzmafsregel gegen ein sonst der übrigen Bevölkerung lästig werdendes Gewerbe — sit venia verbo — ist, umgeht Rednerin mit Stillschweigen. Ref.)

Fräulein Pappritz sprach über das Thema Reglementierung und Moral.

E. v. Düring-Weifser Hirsch stimmte den Ausführungen der beiden Vorrednerinnen zu. Seiner Ansicht nach ist die Reglementierung wertlos. Ein Schutz gegen Infektion sei dadurch nicht gewährt, und der Schein eines Schutzes reize nur noch den Mann geradezu zum Prostitutionsverkehr. Eine Besserung der bestehenden Verhältnisse (die allgemein als unerfreulich anerkannt werden) hofft er von der Umgestaltung unserer Lebensanschauung und Lebensweise, Bekämpfung des Materialismus und Höherentwickelung der Rasse.

Nachruf zum Breslauer Fürsorgetag, von W. Hammer-Berlin. Für die Aufgabe der Fürsorgeerziehung ist eine mehrseitige Ausbildung nötig; jede Einseitigkeit ist hier vom Übel. Es gehören ebenso gut praktische Kenntnisse wie ärztliche, juristische, pädagogische und allgemeine Bildung dazu. Die bisher gemachten Fehler sind auf die einseitige Hervorkehrung eines spezialistischen Standpunktes zurückzuführen. (Fortsetzung folgt.)

Bericht über die Verhandlungen des Allgemeinen Fürsorgeerziehungstages am 11. bis 14. Juni 1906 zu Breslau, von W. Hammer - Berlin. Beschickt war diese Zusammenkunft von 30 Behörden und Korporationen; es nahmen teil 218 Personen im ganzen, unter denen sich nur fünf Ärzte befanden und auch diese ohne offizielle Kapazität. Aus der Besprechung über die Erziehung und Beschäftigung der der Fürsorge überwiesenen Kinder sei nur die eine Bemerkung hervorgehoben, dafs es falsch ist, Grofsstadtkinder zu Landarbeitern ausbilden zu wollen. Sie ziehen doch in sehr kurzer Zeit der Stadt zu und stehen dann ohne verwertbare Kenntnisse da.

Ein eigentümlicher Blasenstein, von O. Madelung-Strafsburg. Durch Sectio alta gewann Verfasser bei einem 61jährigen Mann den hier abgebildeten, aus Calciumoxalat und Phosphaten bestehenden Stein, der eine ganz ungewöhnliche, morgensternartige Form aufweist.

Beiträge zur Behandlung der sexuellen Impotenz, von A. Schweitzer-Fiume. Verfasser empfiehlt das Muiracithin, welches ihm bei 13 Fällen in Gaben von zwei bis sechs Pillen pro die, nach den Mahlzeiten genommen, stets gute Dienste leistete. Das Mittel ist eine Kombination der Extraktivstoffe des Muira Puama (Brasilien) mit Ovolecithin. Nachteile sind bisher nicht konstatiert worden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Monatsberichte für Urologie.

Band 11. Heft 10.

I. Gründung einer Deutschen Gesellschaft für Urologie.

II. **Mitteilung**: Vom 1. Januar 1907 werden das „Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane" und die „Monatsberichte für Urologie" vereint unter dem Titel *„Zeitschrift für Urologie"* erscheinen.

III. **Cysten der Blasenschleimhaut**, von L. Suarez-Buenos Aires. Die bisher veröffentlichten Arbeiten über Blasenschleimhautcysten sind ausschliefslich vom pathologisch-anatomischen Standpunkt ausgeführt worden, weil zu jener Zeit noch die Grundbedingung für ein Studium der Frage an der Hand des Cystoskops gefehlt hat. Die beiden vom Verfasser beobachteten Fälle sind die einzigen, in denen die Diagnose zu Lebzeiten der Kranken mit Hilfe des Cystoskops gestellt wurde.

In dem einen Falle begann das Leiden mit einer blennorrhoischen Cystitis, zu welcher sich eine Pyelonephritis gleichen Ursprungs gesellte. Bei cystoskopischer Untersuchung wurde um den Blasenhals herum eine Reihe von Emineszenzen entdeckt, von denen manche erbsengrofs waren und wenig durchsichtigen Inhalt aufwiesen. Sie waren fast kreisförmig, hatten an ihrer Oberfläche einen weifslichen Fleck und erinnerten durch ihr Aussehen an Perlen. Während der cystoskopischen Untersuchung kam eine der Emineszenzen zur Ruptur; aus dem Innern des geplatzten Gebildes flofs eine trübe sanguinolente Flüssigkeit heraus.

In dem anderen Falle bestand eine sechs Jahre dauernde Hämaturie. Cystoskopisch fiel eine grofse Anzahl von kleinen erbsengrofsen, halbkreisförmigen Emineszenzen mit glatter Oberfläche auf. Diese waren sehr zahlreich an der inneren Blasenwand und am Blasenhalse lokalisiert, machten den Eindruck einer Weintraube und safsen so dicht nebeneinander, dafs die Schleimhaut zwischen den einzelnen Gebilden nicht zu sehen war.

Suarez hebt den langsamen und gutartigen Verlauf der Cysten hervor; denn die betreffenden Patienten blieben bei vorzüglichem Allgemeinbefinden; er glaubt diese Cysten weder als neoplastische, noch als entzündliche Prozesse auffassen zu können, weil die Schleimhaut normale Beschaffenheit hat und kein Eiter im Harn nachweisbar war.

IV. **Ein Fall von Zertrümmerung eines Fremdkörpers in der Blase**, von S. Grosglik-Warschau. Ein 45jähriger Mann mit Harnröhrenstriktur versuchte selbst die Einführung eines Nélaton-Katheters Nr. 14. Hierbei blieb das Ende des Katheters — etwa 2 cm lang — in der Blase zurück. Ein Vierteljahr später wurde nach vorheriger Ausführung der Urethrotomia interna ohne Mühe der Lithotriptor Nr. 1 eingeführt, der Fremdkörper erfafst und zertrümmert; die Reste wurden mittels Spritze und Aspirator entfernt. Der postoperative Verlauf war glatt. Das Gewicht des zertrümmerten Katheterstückes betrug samt der Auflagerungen an Phosphorsalzen 1,95 g.

Grosglik gab der Lithotripsie den Vorzug vor der Cystotomie, weil die erstere einen kurzen postoperativen Verlauf gewährleistet und frei von den den Blasenschnitt so oft komplizierenden Erscheinungen ist.

V. **10. Kongrefs der l'Association française d'Urologie. Oktober 1906**, von O. Mankiewicz-Berlin. *Schourp-Danzig.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1906. Heft 10.

Einige Bemerkungen über die Anwendung des Radiums in der Therapie, von Louis Wickham. Neben einem Referat über den jetzigen Stand der Radium-

therapie enthält diese Arbeit auch wichtige neue Beobachtungen des Verfassers. Das Radium wurde mit Erfolg in elf Fällen von zerfallendem Epithelioma angewandt. Zwei von diesen Fällen rezidivierten wieder, der eine nach fünf Monaten, der andere nach einem Jahr; in beiden Fällen hatten die Kranken die Behandlung zu früh unterbrochen. Ferner wurde mit dem Radium Heilung erzielt beim Papillom, Keloid, Lupus vulgaris und erythematosus, bei der Tuberculosis verrucosa et ulcerosa, dem Gumma scrofulo-tuberculosum, dem Naevus vascularis, der syphilitischen Ulceration, der ulcerierenden Blennorrhoe des Anus, der Parakeratosis psoriasiformis, der Neurodermitis, einer Hyperaesthesie nach Herpes zoster cervicalis, endlich bei chronischer Metritis catarrhalis — im ganzen bei 44 Fällen. Dagegen versagte die Behandlung bei zwei Fällen von Naevus pigmentosus. Unzuverlässig scheint sie bei tiefsitzenden Schmerzen zu sein; doch hat sie hier wenigstens niemals eine Verschlimmerung bewirkt. Hauterythem wurde fast immer vermieden. W. schreibt das dem angewandten Verfahren zu; er bediente sich nämlich bei allen Versuchen des Soupaultschen Aluminiumschirms, der $^1/_{10}$ mm Dicke besitzt und 0,05 Bromradium enthält; seine Anfangsaktivität ist 500000; seine äufsere Strahlung, die die Gewebe durchdringt, beträgt 48000 und enthält 0% α Strahlen, 89% β- und 11% γ-Strahlen. Zur Messung diente ein von Danne angegebenes neues Elektroskop, das genau beschrieben wird.

Eine eigentliche bakterizide Wirkung kommt nur den α-Strahlen zu. Zum Schlufs spricht sich W. dahin aus, dafs die Radiumstrahlen eine brauchbare Waffe zur Bekämpfung der verschiedensten Krankheiten darstellt.

Die subkutanen Sporotrichosen, von De Beurmann und Gougerot. Wird im nächsten Heft fortgesetzt.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1906. Band II, Heft 20.

Über die operative Technik der transvesikalen Prostatektomie, von Pierre Duval. Die transvesikale Prostatektomie ergibt zurzeit noch eine beträchtlich höhere Mortalität als die perineale. Die Schuld daran trägt die nach D.s Ansicht mangelhafte Technik des Verfahrens, die namentlich die Entstehung von Beckenbindegewebsinfektionen begünstigt. Es bleibt nämlich bei der transvesikalen Prostatektomie, wie sie zurzeit ausgeführt wird, eine grofse offene Wundhöhle, in die der meist septische Urin eindringt; weitere Nachteile der üblichen Technik sind die „brutale und blinde“ Exstirpation der Drüse, die teilweise oder vollständige Zerstörung der Pars prostatica urethrae, dann aber auch die Vornahme der Operation am horizontal liegenden Patienten, die Kleinheit der Blaseninzision, die Einführung eines Fingers des Operateurs in das Rektum, die ungenügende suprapubische Drainage, durch welche die Stagnation von Harn in der Wundhöhle nicht vermieden wird. Alle diese Mängel werden durch die von D. vorgeschlagene Technik beseitigt. Er inzidiert bei stärkster Beckenhochlagerung die vordere Wand der vollständig leeren Blase in ihrer ganzen Ausdehnung und umschneidet, während ein Assistent mit dem Zeigefinger der rechten Hand vom Rektum aus die Prostata nach oben drängt, die innere Harnröhrenmündung in ihrer ganzen Cirkumferenz, um dann womöglich die paraurethrale Enukleation der Prostata vorzunehmen. Zu diesem Zwecke wird die Harnröhrenmündung an beiden Seiten mit einer Kocherschen Pinzette gefafst und die Urethra ringsum und so weit nach unten wie möglich mit einer geschlossenen Cooperschen Schere stumpf von der Prostata losgelöst. Die Extraktion der Drüse geht dann ganz leicht vor sich, die Urethra bleibt vollständig intakt und wird sofort mit der Blase vernäht, so dafs die durch die Entfernung der Prostata entstandene Höhle durchaus mit Blasenschleimhaut

bedeckt ist. Läfst sich die paraurethrale Enukleation nicht ausführen, dann wird nach Umschneidung der Harnröhrenmündung die Blasenschleimhaut zunächst vom rechten Prostatalappen stumpf losgelöst, dieser mit einer Pinzette kräftig nach oben gezogen und mit einer Schere oder mit dem Zeigefinger nach vorne, aufsen und hinten stumpf von der Umgebung getrennt. Das gleiche Manöver wird mit dem anderen Lappen vorgenommen, so dafs schliefslich die ganze Prostata in das Blasenlumen hereingezogen werden kann, ohne dafs jedoch ihre Verbindung mit der Harnröhre gelöst wäre. Schlägt man jetzt das ganze Organ nach rückwärts, so kann man die vordere Fläche der Urethra freilegen und die Durchschneidung ganz hoch oben vornehmen. Auf diese Weise bleibt ein Teil der Pars prostatica urethrae erhalten, und der Harnröhrenstumpf, den man sofort durch einen in die vordere Wand eingelegten Faden fixiert, wird mit der Blase vernäht; die Ränder des hinteren Teiles der Blasenwunde müssen, da diese gröfser ist als die Harnröhrenöffnung, mit einander durch Naht vereinigt werden. Auf diese Weise wird ebenfalls eine vollständige Bedeckung der Wundhöhle mit Blasenschleimhaut erzielt; in Fällen aber, in denen auch die Erhaltung eines Teiles der Pars prostatica urethrae nicht möglich sein sollte, müfste die Blasenschleimhaut möglichst nahe an der Harnröhrenmündung auf die Wandung der Wundhöhle selbst aufgenäht werden. Zum Schlusse wird ein dicker Verweilkatheter eingeführt und die äufsere Blasen- und die Bauchwunde vernäht.

D. hat das geschilderte Verfahren, dessen Ausführung durch vier Abbildungen illustriert wird, in einem Falle mit vorzüglichem Erfolge angewendet.

Götz-München.

Annales de therapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. VI, Nr. 22.

Die Behandlung der Lipome mittels der Röntgenstrahlen, von Barjon. Als B. einen Patienten mit Leukämie mittels Röntgenbestrahlungen der Milz behandelte, bemerkte er, dafs ein in der Nähe derselben gelegenes Lipom (nach etwa 20 H.) ein sehr deutliches Abnehmen an Gröfse aufwies. Desgleichen erzielte er bei einem 37jährigen Mann, welcher ein inoperabeles Lipom am Halse, sowie ein zweites in der Lendengegend aufwies, mit 18 Sitzungen ein sehr greifbares Resultat. Er erklärt diese Wirkung durch den Einflufs der Strahlen auf die Blutgefäfse, welche zur Atrophie und Obliteration gebracht werden.

Über einen nach der Applikation des hochfrequenten Stroms entstandenen und durch den konstanten Strom geheilten Fall von Herpes zoster, von P. Petit-Paris. Ein etwa 30jähriger Patient wurde wegen katarrhalischer Erscheinungen mit Ozoninhalationen behandelt, und als eines Tages der Apparat nicht funktionierte, erhielt er eine eine Minute dauernde Applikation des hochfrequenten Stromes auf den Thorax. Zunächst empfand Patient grofses Wohlbehagen danach, aber acht Tage später klagte er über grofse Schmerzen in der Brust. Einige Tage zuvor hatten sich einige Papeln gezeigt, die sich bald zu typischen Herpesbläschen entwickelten. Es wurde nun der konstante Strom in einer Stärke von 60—70 M.-A. und 13—22 Volt Spannung mit grofsen Elektroden eine Viertelstunde lang appliziert. Die Schmerzen verminderten sich sofort und waren nach sechs solchen Sitzungen vollständig verschwunden.

Die Syphilis der verheirateten Frauen, von A. Fournier-Paris. Unter 100 syphilitischen Frauen sind nach F.s Berechnungen 20 verheiratet. In der Mehrzahl der Fälle ist die Infektion auf eine vom Ehemann vor der Verheiratung akquirierte Syphilis zurückzuführen. Auf 278 Fälle dieser Art kommen 94 Fälle, wo der Ehe-

mann erst nach der Verheiratung sich infiziert hat. Die Übertragung der Krankheit von dem schon vor der Eheschliefsung erkrankten Gatten auf die Frau findet unter 150 Fällen 130 mal im ersten Jahr der Ehe und 117 mal im ersten Halbjahr statt. In 98 Fällen war die Syphilis des Ehemannes noch keine drei Jahre alt. Fälle von später Übertragung, so im 7., 8., sogar im 17. Jahr hat F. beobachtet. Man dringe daher bei jedem Ehekandidaten auf eine gründliche Behandlung, und man verbiete, wie F. besonders hervorhebt, strenge jeglichen Tabakgebrauch.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Bücherbesprechungen.

Die Prostitutionsfrage in der Schweiz und das schweizerische Strafgesetzbuch. Materialienbetrachtungen und Vorschläge von Dr. jur Theodor Weiss-Lausanne. Stämpfli & Cie., Bern 1906. Das Buch zerfällt in drei grofse Hauptabschnitte, von denen der erste Prostitution und Abolitionismus in den einzelnen Kantonen historisch-genetisch beleuchtet, der zweite die Vorarbeiten zum neuen schweizerischen Strafgesetzbuch bespricht und der dritte kritische Betrachtungen und Vorschläge bringt. Aus dem ersten Kapitel dürften kurze Auszüge aus den Verhältnissen in den Kantonen Genf, Zürich und Bern von Interesse sein. Mit dem Übergange der Stadt Genf in französischen Besitz, also mit dem Jahre 1789, scheinen zum ersten Mal seit 1555 wieder Bordelle aufgetreten zu sein; eine Reglementierung setzte 1809 ein. Nach dem seit 1789 auch in Genf gültigen Code pénal wurde die Kuppelei nur dann bestraft, sobald der Unzucht Minorenner dadurch Vorschub geleistet wurde. 1814 kam Genf an den Schweizer Staatenbund. 1817 wurde die Kuppelei durch Gesetzesänderung allgemein unter Strafe gestellt. Gleichwohl blieb die polizeiliche Kontrolle bestehen. 1819 beschwerte sich darüber das Konsistorium. Es tadelte das polizeiliche Verfahren, weil dadurch diese Mädchen glauben könnten, zu ihrem Leben autorisiert zu sein. Wiederholt griff das Konsistorium wegen Zunahme der Unzucht ein. Der Staatsrat versuchte diese Skandale tunlichst einzuschränken, erkannte aber ausdrücklich an, dafs die Prostitution an und für sich kein Vergehen gegen das Gesetz von 1817 sei. Nach der Zeit der politischen Umstürzungen in den vierziger Jahren war eine neue Staatsform in Genf zur Herrschaft gelangt. Am 24. Mai 1847 wurde vom Volke eine neue Verfassung angenommen, welche noch heute gültig ist. Alle Genfer sind nach ihr vor dem Gesetz gleich, persönliche Freiheit und Hausrecht werden verbürgt. Als Ergänzung kam 1849 ein Gesetz zu stande, dessen § 19 auch die Fragen der Prostitution regelte. In den siebziger Jahren war die öffentliche Sittlichkeit besonders gefährdet. Es kämpfte zu jener Zeit besonders ein Pfarrer Borel gegen die Maisons de tolérance und den Mädchenhandel. Auf eine Eingabe von ihm an den Grofsen Rat hin pafste die Polizei der Strafsenprostitution schärfer auf die Nägel. In den siebziger Jahren trat im gleichen Sinne wie Borel Professor Hornung auf. 1874 erhielt der Kanton Genf ein neues Strafgesetz, das ganz dem Code pénal dem Sinne nach ähnlich war und unter anderem auch den Ehebruch straffrei liefs. Bald hiernach begann die Tätigkeit der Abolitionistin Madame Butler; ihr schlofs sich Pfarrer Borel an. Es kam zur Gründung des Genfer Komitees der britischen und kontinentalen Föderation und 1877 zum Kongrefs der letzteren in Genf. Die Folge war eher ein Erstarken der

polizeilichen Überwachung der Prostituierten. 1881 wurde ein neues Polizeireglement erlassen und der Staatsrat legte 1884 zwei in gleichem Sinne gehaltene Gesetzentwürfe vor. Diese wurden trotz lebhafter Proteste der Gegner jeder Sittenpolizei mit einigen Milderungen Gesetz. Es werden nach ihm sowohl Bordelle wie Einzeldirnen geduldet, letztere aber später wieder aufgehoben. Es folgten Proteste auf Proteste, zumal als sich 1885 ein Schüler einer Genfer höheren Schule in einem Bordell eine geschlechtliche Krankheit zuzog. In der Öffentlichkeit wurde ferner festgestellt, dafs sich 1888 in zwei Bordellen ein Selbstmord und ein Selbstmordversuch ereigneten. Zudem hatte sich im gleichen Jahre ein minderjähriges Mädchen durch Vorzeigen der Papiere ihrer älteren Schwester Eintritt in ein Genfer Bordell verschafft. Diese vier Vorfälle dienten den Abolitionisten als Gegenstand zu einer heftigen Protestbewegung, die in einer Petition mit 21650 Unterschriften um Abschaffung der Bordelle sich äufserte. Der Staatsrat setzte eine 45gliedrige Kommission zur Regelung der Sittenpolizei und Reglementierung der Prostitution ein. Ein inzwischen erlassenes Kantonalgesetz gegen die geheime Winkelprostitution befriedigte die Abolitionisten nicht. Die Arbeiten der Kommission wollten nicht vorwärts gehen, die Gegner der Reglementierung bearbeiteten konsequent die öffentliche Meinung und machten direkt gegen das Justiz- und Polizeidepartement mobil. Am 26. Mai 1893 wurde zuerst der Gedanke an eine Volksabstimmung ausgesprochen. Dieselbe fiel schliefslich im Jahre 1896 zu ungunsten der abolitionistischen Bestrebungen aus.

Im Kanton Zürich stand die Kuppelei bis zum Erlafs des Strafgesetzbuches von 1870 unter Strafe. Schon vor den 30er Jahren des 19. Jahrhunderts traten Klagen über das Treiben der Prostituierten, über die Zunahme der Gastwirtschaften usw. auf. Bald nach 1840 traten auch Bordelle in Zürich auf, die immer mehr zunahmen. 1871 trat ein neues Strafgesetzbuch in Kraft, durch das die Kuppelei zum Antragsverbrechen erklärt wurde. Das Antragsrecht hat die Gemeinde. Letztere konnte also über die Duldung von Bordellen de facto entscheiden. Als Strafe gab es Gefängnis verbunden mit Bufse, in schweren Fällen mit Arbeitshaus. Bei Anwendung von Kunstgriffen oder gegenüber Mündeln konnte die Kuppelei auch mit Zuchthaus bestraft werden. Bordelle und Dirnenunfug erregten bald eine heftige Opposition. Eine Petition verlangte Aufhebung der Bordelle, weil das anliegende Grundeigentum entwertet würde, die nächtliche Ruhe in der Umgebung der öffentlichen Häuser gestört würde, die Moral Schädigung fände und die Stellung der Polizei zu dieser Einrichtung eine höchst bedenkliche sei. Am 14. Juni 1873 beschlofs darauf der Stadtrat die Aufhebung der Bordelle. Von Interesse ist die Begründung: Das Dulden der öffentlichen Häuser trübt die moralischen Begriffe des Volkes und verdirbt jene der Jugend. Die Polizeibeamten werden ebenfalls durch den ständigen Verkehr mit den Bordellhältern gefährdet und leicht von diesen abhängig. Das Bordell bietet einen bequemen Weg zur Unzucht für die studierende Jugend. Weiter hiefs es: „Die auf der Meinung einzelner Ärzte und der Tradition beruhende Ansicht von der Wirksamkeit der Bordelle als Schutz gegen ansteckende Krankheiten und Verbreitung der Prostitution entbehre theoretischer sowohl als sachlicher Begründung.“ Auf Eingabe von ärztlicher Seite hin beschäftigte sich nun die Oberbehörde mit dem Beschlufs des Züricher Stadtrats und die Folge davon war, dafs es bei dem Bestehen von Bordellen blieb. 1888 gab es zwei öffentliche Petitionen von 6570 Männern, sowie von 10960 Frauen und Jungfrauen gegen die Duldung der Häuser. Der Sanatätsrat gab ein Gutachten ab, in welchem er sich zur Beibehaltung der Kontrolle ausspricht. Von zwei Übeln müfste man das kleinere wählen. Ob Bordellierung oder Parzellierung der Prostituierten, wenn man so sagen darf, das läfst das Gutachten offen. Dasselbe empfiehlt aufserdem Zwangseinschreibung auf Grund eines Richterspruches, Bestrafung

durch den Richter und Zwangsheilung im Erkrankungsfalle. 1891 fand die Vereinigung sämtlicher Vorstädte und Vororte mit der Stadt Zürich zu Grofs-Zürich statt. Das neue Vereinigungsgesetz reihte die Handhabung der Sittenpolizei in die Befugnisse des Stadtrats ein. Der Polizeivorstand empfahl im Mai 1893 in einem Gutachten Duldung einer beschränkten Anzahl streng kontrollierter Bordelle, die niemals den Charakter einer Konzessionierung tragen dürfe. Jede andere Prostitution sei zu verfolgen und zu bestrafen. 1894 kam das Gutachten nach Gehör weiterer Instanzen an den Rat von Zürich, gleichzeitig mit ihm aber auch eine Eingabe von 16 Ärzten der Stadt Zürich, welche Aufhebung der Bordelle, Unterdrückung der Einzelprostitution und strenge Bestrafung der Kuppelei verlangten. Der Stadtrat trat dem Standpunkte der Eingabe bei. Der Weg der Volksinitiative war damit angebahnt. Letztere erfolgte im Oktober 1895 und fand 16311 gültige Stimmen. Die Initiative wurde dem Kantonsrat und Regierungsrat überwiesen. Innerhalb der Behörden entstand ein Gegenvorschlag, der ebenfalls mit zur Volksabstimmung gelangte. Letztere fand am 27. Juni 1897 statt.

Der Gegenvorschlag sagte: „Wer aus Eigennutz durch seine Vermittelung oder Überredung oder durch Gewährung oder Verschaffung von Gelegenheit der Unzucht Vorschub leistet, wird wegen Kuppelei mit Gefängnis, verbunden mit Bufse oder mit Arbeitshaus bestraft.“ „Wer Dirnen hält, um aus ihrer Unzucht Gewinn zu ziehen, oder wer Frauenspersonen geschäftsmäfsig Gelegenheit zur Unzucht verschafft, oder wer unzüchtigen Verkehr mit solchen geschäftsmäfsig vermittelt oder begünstigt, oder wer Frauenspersonen kupplerisch zur Unzucht anwirbt oder verhandelt, wird mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren und mit Geldstrafe bis zu 15000 Franken bestraft.“ Der Verkuppler der Ehefrau soll mit Gefängnis bis zu einem halben Jahre, im Rückfall mit Arbeitshaus und Bürgerrechtsverlust bestraft werden. Wer in seinen Räumen wissentlich Kuppelei oder Gewerbsunzucht duldet, soll 100 bis 1000 Franken Strafe und im Rückfall aufserdem Gefängnisstrafe erhalten. Der § 123a des Entwurfs des Gegenvorschlags ist von Interesse: „Wer einer Persönlichkeit unzüchtige Zumutungen macht oder ihr schamlos nachstellt, ohne dafs diese dazu Anlafs gegeben, ist mit Gefängnis bis zu drei Monaten oder Geldbufse zu bestrafen.“ § 123b verbietet das Erregen öffentlichen Ärgernisses durch Frauenspersonen, welche sich an öffentlichen Orten zur Unzucht anbieten oder dazu anlocken. Als Strafe tritt Haft bis zu vier Tagen ein. Das Initiativbegehren selber deckte sich in den meisten Forderungen mit dem Gegenvorschlag. Letzterer liefs nur einige Forderungen aus. Der Gegenvorschlag wurde dann auch am 27. Juni 1897 mit 40751 gegen 14710 Stimmen vom Volke angenommen. Die Folge war ein Einnisten der Prostitution in Wirtschaften und Privathäusern, sowie eine grofse Flut von Kuppeleiprozessen. Im Jahre 1902 beginnend bis 1904 setzte infolgedessen eine Reaktion ein mit der sogenannten Anti-Sittlichkeits- oder Bordell-Initiative. Dies Initiativbegehren fand Oktober 1902 5470 gültige Unterschriften. Der Regierungsrat beschlofs, dies Begehren für die Volksabstimmung ablehnend zu begutachten und stellte diesen Antrag beim Kantonsrat. Die Abstimmung erfolgte am 31. Januar 1904. Dieselbe zählte 18016 Stimmen gegen rund 49806 Stimmen für das Beibehalten des Sittlichkeitsgesetzes.

Hopf-Dresden.

Traité élémentaire de Dermatologie pratique, von L. Brocq. Octave Doin Paris 1907. 2 Bände mit 441 Originalabbildungen. Preis 32 Mark. Im Jahre 1901 wurde Brocq von seinem Verleger Octave Doin gebeten, eine dritte Auflage seines Traitement des maladies de la Peau vorzubereiten. Da beschlofs er, das Buch ganz umzuarbeiten, und hat nun in der kurzen Zeit von fünf Jahren ein erstaunliches Werk geschaffen, ein Handbuch der gesamten Dermatologie, in dem auf nahezu 1800 Seiten Ätiologie

und Pathogenese, pathologische Anatomie, Klinik, Behandlung usw. sämtlicher Hautkrankheiten zu Worte kommen.

Das Werk ist vom Herausgeber mit Liebe ausgestattet; es bietet sich uns in zwei grofsen, stattlichen Bänden dar. Die zahlreichen Abbildungen, die sämtlich bisher noch nicht veröffentlicht sind, stammen zum gröfsten Teil aus dem Hôpital Saint-Louis, zum Teil aber auch aus der Dermatologischen Klinik zu Toulouse.

Von den beiden Bänden behandelt der erste die „Entités morbides vraies", der zweite die „Réactions cutanées". Dadurch tritt schon äufserlich der geistvolle Standpunkt des Verfassers in bezug auf die Einteilung der Dermatosen zutage: er unterscheidet in erster Linie zwischen solchen, die durch äufere Einwirkung zustande gekommen sind, und solchen, die auf dem Boden der Autointoxikationen, der angeborenen und erworbenen Anlagen und Säftemischungen wachsen. Bei jenen handelt es sich immer um ein einheitliches Krankheitsbild, um eine „entité morbide vraie", die nicht oder nicht wesentlich durch den Krankheitsträger, sondern durch den Krankheitserreger bestimmt wird. Dieser Krankheitserreger, die äufsere Ursache. kann physikalischer, chemischer, parasitärer oder bazillärer Natur sein, er wird, je nach dieser seiner Beschaffenheit, bei allen Individuen und auf allen Hautstellen, die er angreift, im grofsen und ganzen immer das ihm eigentümliche Symptomenbild hervorrufen, so dafs man, bei genauer Analyse der Symptome, immer imstande sein wird, zu erkennen, welche Schädigung auf die erkrankte Haut eingewirkt hat, ob es sich z. B. um eine Verbrennung, um ein medikamentöses Exanthem, eine Hauttuberkulose usw. handelt.

Anders bei der zweiten Gruppe; hier wird das Krankheitsbild wesentlich beeinflufst durch den Boden, auf dem die Dermatose wächst; die Ursache stammt hier nicht von aufsen, sondern aus dem Körper des Kranken, sie ist die Folge eines krankhaften Stoffwechsels seiner Organe und ererbter oder erworbener krankhafter Anlagen. Daher tragen alle Formen dieser zweiten Gruppe — Urticaria, Erythem, Lichen, Ekzem, Psoriasis, Ichthyosis. alle Dermatoneurosen, die meisten Hauttumoren und viele andere Dermatosen rechnet Verfasser hierher — von Fall zu Fall ein anderes Gepräge, einen nur dem einen Patienten eigenen Charakter. — Selbstverständlich können die beiden Grundursachen, die äufsere und die innere, auch gleichzeitig zur Einwirkung kommen; es entstehen dann Mischbilder, die in keine von den beiden grofsen Klassen mehr hineinpassen.

Nach diesen grundlegenden Erörterungen kommt Brocq auf die krankhaften Veranlagungen zu sprechen, mit denen jedes Individuum mehr oder minder behaftet ist. Soweit sie angeboren sind, hängen sie von dem Gesundheitszustand der Eltern zur Zeit der Konzeption des Kindes ab; auch können während der Schwangerschaft Krankheitskeime von der Mutter auf das Kind übergehen. „Jeder Mensch bringt also bei der Geburt ein ganzes Bündel von Anlagen mit, die seine „individualité morbide" ausmachen. Daraus folgt ein nur ihm eigentümliches Verhalten, demzufolge er auf seine besondere Weise reagiert, so oft Krankheitsursachen auf ihn einwirken." (S. 7.) Dieses individuelle Verhalten ist die Idiosynkrasie. Sie kann ein ganzes Leben hindurch erhalten bleiben, sie kann sich aber auch, und das ist wohl die Regel, durch Lebensgewohnheiten und Lebensschicksale verändern, und es entwickelt sich dann die erworbene Anlage, die sich auf die angeborene aufpflanzt, sie abschwächt, verstärkt oder umstimmt. (S. 9.)

Auf den folgenden Seiten wird dann ausgeführt, inwieweit die „individualité morbide", die krankhafte Veranlagung, bei der verschiedenen Ätiologie der Dermatosen modifizierend eingreift, es wird (S. 36 ff.) von dem möglichen Zusammenwirken einer äufseren und inneren Krankheitsursache gesprochen und nach einigen Bemerkungen

Übergangsformen und graphische Darstellung der Dermatosen und ihres inneren Zusammenhanges zur eigentlichen Klassifikation der Hautkrankheiten — deren beide Hauptgruppen wir schon kennen gelernt haben — fortgeschritten. (S. 45 ff.)

Sehr praktisch ist hieran ein allgemeiner Teil angeschlossen (S. 62—272), in welchem die allgemeine Symptomatologie, Histologie, Diagnose und Behandlung erörtert werden. Hier ist alles Wissenswerte über das Aussehen und den histologischen Bau der verschiedenen Krankheitselemente (Papeln, Vesikeln, Blasen, Tuberkel, Gumma, Tumoren usw.) zusammengestellt und alle Arten der Behandlung (Hygiene, Bäder, Duschen, Salben usw.) ausführlich behandelt. Will jemand z. B. wissen, wie er sich einem Pruritus analis gegenüber zu verhalten hat, so schlägt er unter Pruritus nach. Hier findet er verschiedene Behandlungsweisen angegeben. Entscheidet er sich nun z. B. für lineare Skarifikationen, so findet er im allgemeinen Teil alles über die Technik dieses Verfahrens Wissenswerte zusammengestellt.

Bevor nun Brocq zur Besprechung der einzelnen Dermatosen gemäfs seiner Einteilung übergeht, schiebt er noch ein Kapitel ein (S. 270—350), in welchem er einerseits Formen — er spricht von Syndromen — abhandelt, die seinem Einteilungsprinzip gänzlich widerstreben, andererseits Symptome, die sich, wie Akne, Alopecie, Dyschromien, bei ätiologisch ganz verschiedenen Hauterkrankungen wiederholen. Es geschieht das mit Rücksicht auf den Leser, der sich über solche häufig wiederkehrende Symptome zusammenhängend zu unterrichten liebt.

Mit diesen Mitteilungen ist die Aufgabe des Referenten erschöpft, von dem der Leser nur hören will, was das Buch enthält. Dafs Brocq jedem Dermatologen, auch wenn er seinen Standpunkt nicht teilt, ein bewährter Führer ist, bedarf keiner Erwähnung. Wen die fremde Sprache und der hohe Preis nicht abschrecken, der mag sich ihm getrost anvertrauen; er findet seinem theoretischen wie praktischen Bedürfnis Genüge getan. Nur die Syphilis (Bd. I. S. 652 ff.) ist wesentlich vom praktischen Gesichtspunkt aus behandelt, denn dieses Kapitel ist, wie Brocq in einer Fufsnote bemerkt, eigentlich viel zu wichtig, um als Anhängsel der Dermatologie betrachtet zu werden; es verdient eine monographische Darstellung für sich. — Nicht unerwähnt mag zum Schlufs bleiben, dafs Brocq die Spirochaeta pallida (Treponema pallidum) als Syphiliserreger anerkennt. *Türkheim-Hamburg.*

Syphilis der Lunge beim Kinde und beim Erwachsenen, von Bériel-Lyon. G. Steinheil, Paris 1907. Die zahlreichen Veröffentlichungen anderer Autoren über Lungensyphilis und eine Summe eigener Beobachtungen als Grund- und Richtungslinien verwertend, läfst B. in einem 340 Seiten starken Oktavbande ein mit gröfstem Fleifse gefertigtes, klares Bild der syphilitischen Lungenerkrankungen erstehen. Grofs angelegt und in allen Einzelheiten aufs sorgfältigste durchgearbeitet, übertrifft die Monographie nicht nur an Umfang die bisher vorhandenen zusammenhängenden Darstellungen der Lungensyphilis; und wenn auch Einzelnes nicht unwidersprochen bleiben wird, so hat das Ganze doch einen grofsen Wert für den pathologischen Anatomen sowohl wie auch für den Syphilidologen und den praktischen Arzt.

B. unterscheidet drei Arten luetischer Lungenerkrankungen: die nekrotischen Prozesse, das sind die Gummen, die narbigen Veränderungen oder Sklerosen und die hyperplastischen Erscheinungen, zu denen die weifse Pneumonie der Neugeborenen, die syphilitische Pneumonie der Erwachsenen (interstitielle oder weifse Pneumonie oder graue Induration) und die Dilatationen der Bronchien oder Bronchiektasien gehören; dazu kommen noch entzündliche Veränderungen ohne spezifische Charaktere und sekundär an schon vorhandenen luetischen Manifestationen auftretende eitrige, ulceröse oder gangränöse Erscheinungen. Die Läsionen scheinen sich in der Weise zu entwickeln, dafs einer ursprünglich banalen Entzündung eine Pneumonie mit den

Charakteren der Hyperplasie hervorgeht, die als die eigentliche syphilitische Lungenerkrankung aufzufassen ist. Geht die Entwicklung im Sinne der Hyperplasie weiter, dann resultieren Formen, in denen die Zellneubildungen stärker sind: das adenomatöse Stadium der weißen Pneumonie beim Kinde und beim Erwachsenen oder die Bronchiektasie. Der natürliche Ausgang der Veränderungen ist die Sklerose; diese wird balkenförmig oder massiv sein und keine besonderen charakteristischen Merkmale aufweisen, wenn sie nach einer hyperplastischen Pneumonie zustande gekommen ist; waren dagegen schon Bronchiektasien vorhanden, dann führt die Bildung fibrösen Gewebes zu schweren, eigenartigen Erscheinungen. Die Hyperplasie der Gefäßwände kann an einzelnen isolierten Stellen besonders stark sein und die Entstehung von Nekrosen bewirken: so bilden sich die Gummen, aus denen sich auch wieder sklerotische Herde entwickeln.

Am interessantesten sind wohl B.s Ausführungen über die luetischen Bronchiektasien, die diffus oder circumskript nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei neugeborenen Kindern vorkommen, besonders als sackförmige Dilatationen auftreten, infolge sekundärer Veränderungen zuweilen alte tuberkulöse Kavernen vortäuschen oder als sinuöse, ulceröse oder auch gangränöse Höhlenbildungen imponieren; nur die histologische Untersuchung ermöglicht in derartigen Fällen eine exakte Diagnose. Es handelt sich bei dieser „Bronchiektasiekrankheit“ nicht um eine Folge mechanischer Ursachen, nicht um eine durch vorausgegangene alltägliche Erscheinungen, etwa durch chronische Bronchitis herbeigeführte Läsion, sondern um eine im Gewebe selbst und durch die Tätigkeit des Gewebes zustande gekommene Zellneubildung. — Die Dilatationen der Bronchien bilden nach B. die weitaus häufigste Form der luetischen Lungenerkrankungen; die Sektionsbefunde zeigen, daß ihr Vorkommen in den Lungen von Syphilitikern die Regel ist. Die Zahl der luetischen Bronchiektasien ist sogar so groß, daß man sich B. zufolge fragen muß, „ob nicht alle Dilatationen der Bronchien syphilitische oder parasyphilitische Produkte sind“. Wenn die luetischen Bronchiektasien bisher als etwas selten Vorkommendes betrachtet wurden, so hat das seinen Grund darin, daß die häufig beobachteten Höhlenbildungen in syphilitischen Lungen als Ulcerationen verschiedener Art, ulcerierte Gummen usw. angesehen wurden, während es sich in Wirklichkeit, „man kann sagen immer“, um typische oder sekundär veränderte Bronchiektasien handelt. — Ausgebildete Bronchiektasien werden nach B.s Erfahrung durch spezifische Behandlung nicht beeinflußt; speziell Fälle mit Kavernensymptomen müssen als unheilbar gelten.

Den größten Raum in dem Buche B.s nimmt naturgemäß die Darstellung der anatomischen und insbesondere der histologischen Verhältnisse ein; es fehlt auch hier nicht an neuen Auffassungen und interessanten Einzelheiten, auf die einzugehen der Raum verbietet. Die Ausführungen über die luetischen Bronchiektasien und ihre Histologie auf ihre Richtigkeit zu prüfen, dazu gehören ganz spezielle Untersuchungen und Erfahrungen.

Möge sich für das Werk, das allerdings auch nicht ganz frei von Unklarheiten ist, bald ein berufener Übersetzer finden. *Göts-München.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

b. *Tuberkulose.*

Bemerkenswerter Fall von tuberkulösem Hautexanthem, von Hans Vörner-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 37.) Bei einem 15 Wochen alten Kinde mit angeborener Stuhlverstopfung (Hirschsprungscher Krankheit) fand V. am Stamme ein gruppenförmig angeordnetes Exanthem, bestehend aus stecknadelkopf- bis linsengrofsen, verschieden hohen, weichen, bräunlich-dunkelroten Knötchen, von denen die gröfseren im Zentrum eine weifsliche, trübe Verfärbung zeigten. Die auffallende, eigentümliche Farbe der Efflorescenzen verschwand auf Finger- oder Glasdruck nicht. Der Hautbefund deutete auf Tuberkulose hin; in der Tat liefsen sich auch tuberkulöse Veränderungen der inneren Organe nachweisen, und das Kind erlag diesen im Alter von 19½ Wochen. Während der ganzen Beobachtungszeit war die Hautaffektion unverändert geblieben. Bei der histologischen Untersuchung eines Hautstückchens ergab sich, dafs vor allem die Cutis der Sitz der Veränderungen war. Sie bestand aus blassen, nach allen Richtungen sich dicht durchflechtenden Spindelzellen, zwischen denen Plasmazellen lagen. Gelegentlich fanden sich Mastzellen, selten Riesenzellen. Das Zentrum durchzogen dünne Bindegewebszüge, die Zellen in Form von Herden trennend. Die Epithelzellen der Epidermis erschienen über den Knötchen etwas blasser, um die Kerne waren zahlreiche, runde Lücken, die Hornschicht erschien unregelmäfsig dick, die Keratohyalinmenge zum Teil vermehrt, zum Teil vermindert. Im Zentrum der Knötchen fehlte die Oberhaut. Die bakteriologische Untersuchung ergab ein negatives Resultat.

Die Einzelheiten, die das mikroskopische Bild erkennen liefs, können einer tuberkulösen Hautefflorescenz sehr wohl zukommen. Ob eine incipiente tuberkulöse oder lupöse Form oder ein Tuberkulid vorlag, liefs sich bei der kurzen Beobachtungszeit durch den Verlauf nicht feststellen; das Aussehen der Knötchen sprach dafür, dafs es sich um ein Tuberkulid handelte. *Götz-München.*

Die Verbreitung der Tuberkulose den Lymphgebieten entlang, von Haentjens-Putten. (*Beitr. z. Klinik d. Tub.* Bd. V. Heft 2.) Verfasser betont, dafs er schon früher (vor Römer) den Nachweis gebracht habe, dafs die Tuberkulose zunächst das Bindegewebe ergreift und erst später, und zwar auf lymphogenem, wohl nie auf hämatogenem Wege, die übrigen Zellen des Körpers affiziert. Demnach erscheint der Gedanke begründet, durch Heranziehen der Bildungsstätten des Blutes ein Serum zu gewinnen, welches antituberkulös wirkt. P. hat auch mit Knochenmark, mit Lymphebrei, Thymussaft und Milzextrakt unter Einwirkung von Tuberkelvirus Tiere behandelt und ein Serum erhalten, von dem er eine präventive und kurative Wirkung erhofft. Weitere Mitteilungen sind vorbehalten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Lupus mit Tumorbildung, von Otto Heinrich Heim. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1905.) Einleitend gibt Verfasser eine verdienstliche Zusammenstellung der Hauttumoren tuberkulöser Natur, die bis jetzt bekannt geworden sind. Er gibt dann eine Beschreibung von drei in der dermatologischen Abteilung der städtischen Krankenanstalten Cölns beobachteten Fällen. Fall 1. 26jähriger Mann; Lupusinfektion, welche einen tumorartigen Wall an und hinter dem Ohr gebildet hatte, der aus rein lupösem

Gewebe bestand. — Fall 2. 36jährige Frau; Lupus am Ohr auf traumatischer Basis. Linke Ohrmuschel um das dreifache verdickt. Die ganze Muschel bildet einen derben, stark infiltrierten Tumor. Lupusknötchen. Von der Ohrmuschel ziehen, bogenförmig aneinander gereiht, acht halbkugelige Tumoren von Kirsch- bis Walnufsgröfse, die mit einer Prominenz von 1 cm und darüber hinaus über die umgebende Haut hervorragen, über die linke Wange hin. Oberhalb der Tumoren die Haut mit Lupusknötchen besetzt. Die Stichworte des histologischen Bildes sind: Diffuse Wucherung und Infiltration des ganzen Cutisgewebes. Herdchen von epitheloiden Zellen. Fast keine regressiven Metamorphosen. Herdchen („Knötchen") überaus dicht gelagert, konfluieren vielfach. Riesenzellen fast gar nicht vorhanden. Zwischen den Herdchen Rundzelleninfiltrate des von der spezifischen Wucherung noch nicht aufgebrauchten Gewebes. Neigung der spezifischen Wucherungsprodukte zur Organisation nicht zu erkennen. Nichtergriffenes Cutisgewebe zeigt Ödem mit Erweiterung der Lymphgefäfse. Beginnende Infiltration hält sich an die Lymphgefäfse der Cutis. Keine atypischen Epitheleinsenkungen. Tuberkelbazillen vereinzelt. Fall 3. Monströser Fall von Lupus hypertrophicus mit Tumorenbildung. Der Fall ist schon früher von Doutrelepont beschrieben worden. Es kann im Rahmen eines Referates nicht mehr über die der Beachtung zu empfehlende Arbeit gebracht werden. Drei vorzügliche Bilder illustrieren den letzten Fall. *Fritz Loeb-München.*

c. *Syphilis.*

Der gegenwärtige Stand der Syphilislehre, von Moriz Oppenheim - Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 44.) O. bringt in dem vorliegenden Artikel eine Übersicht des gegenwärtigen Standes der Syphilislehre, ohne Neues zu erbringen.

Putzler-Danzig.

Genügt die moderne Diagnose syphilitischer Erkrankung wissenschaftlichen Forderungen, von O. Rosenbach. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 35 u. 36.) R. empfiehlt, ohne Kenntnis der klinischen Diagnose, in allen Geweben und Krankheitsprodukten, in denen sich Spirochäten finden, die Bestimmung der Parasiten zu versuchen oder von einem über die Natur des Krankheitsfalles nicht informierten vornehmen zu lassen. Erst wenn der unzweifelhafte Befund der Spirochaeta pallida stets mit sicherer klinischer Feststellung der Lues zusammentrifft, könnte man mit Recht diesen Spirochäten gewisse Beziehungen zur Lues zuschreiben, die aber auch dann durchaus noch nicht identisch sind mit der Feststellung, dafs das Mikrobion auch der Erreger der Krankheit ist. Vorläufig bezweifelt R., dafs die Spirochaeta pallida der Erreger der Syphilis ist. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Eine serodiagnostische Reaktion bei Syphilis, von A. Wassermann und C. Bruck-Berlin, A. Neisser-Breslau. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 19.) Der Artikel bringt die bisherigen Resultate der gemeinsamen Arbeiten des Instituts für Infektionskrankheiten in Berlin und der dermatologischen Klinik in Breslau. Diese sind:

1. Das mit syphilitischem Material hergestellte Affenimmunserum wirkt gleichzeitig und in gleichem Mafse auf syphilitisches Material von Mensch und Affe, gleichgültig, ob zur Vorbehandlung nur menschliches oder nur Affenmaterial verwendet worden war.

2. Das mit syphilitischem Material hergestellte Immunserum von Affen wirkt nur auf syphilitisches Material von Mensch und Affe, nicht aber auf Körpersubstanzen von nichtsyphilitischen Menschen oder Affen.

3. Normales Affenserum wirkt weder auf Material von syphilitischen Menschen, noch Affen.

Oder die Resultate nach ihrer praktischen Seite gewürdigt:

Es gelingt einerseits in vitro zu bestimmen, ob in einem menschlichen Serum oder gewonnenen Immunserum sich spezifische Antikörper gegenüber Substanzen des Lueserregers befinden, und es ist möglich, diese Antikörper quantitativ zu bewerten. Es gelingt andrerseits, den Nachweis zu führen, ob ein bestimmtes Organ syphilitische Substanzen beherbergt. *Carl Schramm-Dortmund.*

Über die Serodiagnostik der Syphilis, von R. Romme. (*Presse méd.* 1906. Nr. 40.) Wassermann, Neisser und Bruck stellten das Vorhandensein von spezifischen Antitoxinen im Serum syphilitischer Affen und sekundärsyphilitischer Menschen fest. Das Serum Syphilitischer schliefst in sich ein spezifisches Antitoxin ein, dessen Gegenwart durch die Eigenschaft bewiesen wird, syphilitisches Gift und Alexin des hämolytischen Serums an sich zu ziehen. Es ist zu hoffen, dafs diese Entdeckungen zu einer vollendeten Impftechnik führen werden, dessen Resultat die Schaffung eines antisyphilitischen Serums von bedeutender antitoxischer Kraft sein könnte.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Serodiagnostik der Syphilis, von von Niessen. (*Med. Woche.* 1906. Nr. 32/33.) v. N. verficht seine schon oft gehörten Ansichten in einer langen, ausführlichen Arbeit, die sich nicht zum Referat eignet. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Syphilis der anständigen Frauen, von A. Fournier. (*La presse méd.* 1906. Nr. 79.) In der Sitzung der Academie de Médecine (2. Oktober 1906) referierte Fournier über die Statistik der Syphilis der verheirateten anständigen Frauen aus eigener Praxis. Auf 100 syphilitische Frauen fand er 20, die ihre Syphilis vom Manne akquirierten. In einer überwiegenden Mehrzahl der Fälle (218) erkrankte der Mann an Syphilis vor der Heirat, in einer viel geringeren Zahl (94) erst nach der Heirat. Die Frauen werden meist im Laufe des ersten Semesters nach der Hochzeit infiziert. Meistens handelt es sich dabei um eine verhältnismäfsig frische, nicht drei Jahre alte Syphilis des Mannes. Diese Zahlen beweisen, dafs die Syphilitiker sich sehr oft viel zu früh verheiraten, teilweise durch Verschulden der Ärzte, die sich mit einer ungenügenden Behandlungsdauer zufrieden geben, meistens aber durch Leichtsinn oder Ignoranz der Patienten selbst.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über die während der letzten vier Monate der Schwangerschaft erworbene Syphilis, von Hubert Edmond Houllier. (*Thèse de Bordeaux.* 1905.) Die Arbeit bringt nichts Neues. *Fritz Loeb-München.*

Eine mit Syphilis infizierte Familie, von W. R. Grove-St. Ives. (*Brit. med. Journ.* 16. Juni 1906.) Ein syphilitisch infiziertes Dienstmädchen gebar zu Hause ein Kind, das einige Tage nach der Geburt Pemphigus entwickelte. Als es etwa 1½ Jahre alt war, wurde es wegen Condylomata am Anus zur Behandlung gebracht. Bald nachher kam die Grofsmutter dieses Kindes mit einem Ulcus der Unterlippe und der Tonsille zur Aufnahme. Bald nach diesem Fall wiederum kam die jüngere Schwester des Dienstmädchens und ein siebenjähriger Bruder ebenfalls mit syphilitischer Ulceration der Tonsille zur Aufnahme. Wahrscheinlich fand die Übertragung durch einen gemeinsam benutzten Löffel statt. Die Krankheit verlief ziemlich günstig bei allen drei Kranken. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Beitrag zur Kenntnis der Syphilisübertragung durch das Stillen, von Paolantinacci (*Thèse de Montpellier.* 1905. Nr. 46.) Im Anschlufs an zwei Fälle von Syphilisübertragung auf stillende Ammen durch syphilitische Säuglinge bespricht Verfasser die Geschichte, die Stigmata der hereditären Frühsyphilis. Des weiteren findet die primäre Syphilis der Mamma eine eingehende Besprechung mit besonderer Berücksichtigung der prophylaktischen und forensischen Seite der Frage.

Verfasser verlangt, daſs ein deutlich syphilitischer Säugling am Busen der Mutter oder einer syphilitischen Amme bleibe oder mit sterilisierter Milch erzogen werde. *Fritz Loeb-München.*

Die Syphilisübertragung beim Stillen vom juristischen und deontologischen Standpunkte, von L. Renaut. (*Thèse de Paris.* 1905.) *Fritz Loeb-München.*

Die syphilitische Infektion der Ammen. Ein von der Gemeindepflege übernommener Säugling war zum Stillen einer verheirateten Frau übergeben worden. Die Syphilis des Säuglings wurde erst konstatiert, nachdem eine Infektion der Amme erfolgt war. Durch eine hier in extenso mitgeteilte gerichtliche Entscheidung wurde die Gemeindeverwaltung verurteilt, der infizierten Ehefrau eine Entschädigung von 12000 Fr. zu zahlen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Kontagiositätsdauer der Syphilis, von Ludwig Buba. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1905.) Der Arbeit liegt das Material der Max Josephschen Poliklinik in Berlin zugrunde. In der noch lange nicht geklärten Titelfrage verdienen die allerdings verhältnismäſsig seltenen Fälle von später Übertragung besondere Beachtung. Verfasser berichtet zunächst über derartige Fälle und Zusammenstellungen aus der Literatur und beschreibt einen neuen Fall, in welchem die Kontagiosität acht volle Jahre bestand, weil die Lues verkannt und falsch behandelt worden war. Auch Finger hat einen Fall von gleicher Kontagiositätsdauer mitgeteilt. Neumann hat darauf hingewiesen, daſs es Fälle gibt, wo noch 10—20 Jahre nach der Infektion sekundäre Erscheinungen auftraten, welche die Übertragung vermitteln können. Manchmal lassen sich die Erscheinungen des sekundären und tertiären Stadiums nicht streng auseinanderhalten. Das Axiom von der Nichtkontagiosität des Gumma ist jetzt teilweise erschüttert. Es sind Fälle veröffentlicht worden, welche für die Infektiosität von Gummen sprechen, die viele Jahre nach der Infektion zum Vorschein gekommen sind. Diese Fälle, denen man mit groſser Skepsis begegnete, erscheinen in einem ganz anderen Licht, wenn man einen von Buba mitgeteilten Fall berücksichtigt: Eine 28jährige Prostituierte war vor elf Jahren infiziert, hatte gleich danach eine Inunktionskur durchgemacht, das Jahr darauf wieder eine und die nächsten zwei Jahre vier Kuren, die letzte vor drei bis vier Jahren. Trotzdem sie unter Kontrolle steht und wöchentlich ein- bis zweimal untersucht wird, zeigt sich jetzt ein deutliches tuberöses Syphilid auf dem behaarten Kopf. Verfasser verweist auf die in den *Monatsheften für praktische Dermatologie* referierte Dissertation von Zedlewski (1905), siehe Heft 11, der fünf einwandsfreie Fälle zusammengestellt hat; in allen ist die Ansteckung durch am Penis befindliche Gummata 8—20 Tage nach der Infektion vermittelt worden.

Weitere Fälle des Verfassers können als warnendes Beispiel von zu groſsem Optimismus in der Prognose der Syphilis dienen. Oft ist an der langdauernden Kontagiosität die ungenügende, unregelmäſsige und manchmal sogar vollständig fehlende Behandlung schuld.

Das Fazit der vorliegenden Erörterungen ist, daſs die Dauer der Syphiliskontagiosität sich ohne weiteres zeitlich bestimmen läſst. Als Vorbedingung eines günstigen Verlaufes ist anfangs eine exspektative und dann chronisch-intermittierende Behandlung zu verlangen. Daneben ist der Körperhygiene in jeder Hinsicht Rechnung zu tragen. *Fritz Loeb-München.*

Experimentelle Untersuchungen über die Infektiosität des syphilitischen Blutes, von Erich Hoffmann. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 13.) Die ersten positiven Impferfolge mit dem Blute rezent Syphilitischer hat Waller erzielt. Ihm kam es bei seinen Versuchen darauf an, die Irrlehre Ricords, wonach nur der Schanker, nicht aber die Sekundärerscheinungen überimpfbar und mithin kontagiös seien, zu widerlegen. Zu diesem Zwecke machte er eine Impfung mit dem Sekret

nässender syphilitischer Papeln und drei mit dem Blut rezent Syphilitischer, von denen drei (einer mit Papelsekret und zwei mit Blut angestellte) ein positives Ergebnis hatten.

Viel weniger exakt und weit ungenauer beschrieben sind die Impfversuche des sogenannten Pfälzer Anonymus. Von neun Versuchen hatten drei ein positives Ergebnis; leider ist die Art der Blutentnahme nicht angegeben, und es ist deshalb nicht ausgeschlossen, dafs dem Blut aus cutanen Herden Virus beigemischt wurde. Über regionäre Drüsenschwellung und die Reihenfolge der beobachteten Allgemeinerscheinungen findet sich keine Angabe. Jedenfalls geht aber aus diesen neun Versuchen hervor, dafs das Blut Syphilitischer — mit der auch bei Waller gemachten Einschränkung — infektiös sein kann, aber es nicht immer zu sein braucht, und dafs bei Verimpfung gröfserer Mengen die Infektion leichter eintritt.

Einen weiteren Versuch mit syphilitischem Blut hat Lindwurm angestellt. Besonders interessant und wichtig ist dieses Experiment, weil Lindwurm eine subcutane Impfung mit syphilitischem Blut versuchte und dennoch einen cutanen Primäraffekt an der Einstichstelle erhielt; stimmt doch mit diesem Ergebnis die von Neisser festgestellte Tatsache, dafs Affen bei subcutaner Zufuhr des syphilitischen Virus nicht erkranken, gut überein.

Sehr wertvoll für die Frage nach der Infektiosität des Blutes sind die genau beschriebenen Impfungen, welche Pellizzari an fünf Medizinern, die sich aus Interesse an der Sache freiwillig hierzu erboten, vorgenommen hat. Dieser Versuch ist von allen an Menschen gemachten der wichtigste, da das Blut in fast einwandfreier Weise entnommen worden ist. Allerdings ist auch hier noch ein Zweifel möglich, da von den Schnitträndern (beim Aderlafs) dem Blut Virus aus mikroskopisch kleinen cutanen Infiltraten beigemengt sein könnte; aber ein solches Ereignis ist doch recht unwahrscheinlich, da das Blut schnell aus der eröffneten Vene herausspritzt. Aus diesem Versuch kann daher mit ziemlich grofser Sicherheit die Inokulabilität des Blutes bei rezenter Syphilis gefolgert werden.

Von den genannten Autoren sind im ganzen 18 Versuche, das Blut frisch syphilitischer Patienten auf Gesunde zu überimpfen, gemacht worden, von welchen sieben einen positiven, elf einen negativen Erfolg gehabt haben. Die Kranken, von welchen das Blut gewonnen wurde, litten, soweit sich das aus den Berichten ersehen läfst, alle an frischer Syphilis, nur in dem Falle Lindwurm mag die Erkrankung wohl etwas mehr als drei Monate bestanden haben; in keinem Falle war eine Hg-Behandlung vorausgegangen. Hieraus geht jedenfalls hervor, dafs die Infektiosität des Blutes selbst bei frischer unbehandelter Syphilis nicht mehr sehr grofs sein kann, ein Ergebnis, das auch mit den klinischen Erfahrungen im Einklang steht. Würde jedes Tröpfchen Blut das Virus in infektionstüchtigem Zustand enthalten, so müfste die Zahl der Ansteckung bei Ärzten, Hebammen und Wärtern weit gröfser sein.

H. kam es bei seinen Versuchen darauf an, noch besser als Pellizzari dem Einwand, dafs dem Blut aus cutanen, subcutanen oder in der Gefäfswand gelegenen Herden Virus beigemischt sein könne, zu begegnen; er schlug daher bei allen Experimenten folgendes Verfahren vor. Nach gründlichster Desinfektion der von jeder Spur eines Exanthems freien Ellenbeuge wurde ein kleiner Hautschnitt über der Vena mediana gemacht und in das freiliegende Gefäfs eine sterilisierte mittelstarke Kanüle eingeführt; erst nachdem etwas Blut abgeflossen war, wurde die zur Impfung bestimmte Menge (5—10 ccm) in einer sterilen Schale aufgefangen. Aufserdem legte H. grofsen Wert auf die sofortige Überimpfung des noch warmen, ungeronnenen Blutes. Zu diesem Zweck wurden die zur Inokulation bestimmten Affen schon vorher an den Augenbrauen und Lidrändern tief skarifiziert und obendrein mit einer Klauenpinzette

Hauttaschen angelegt. Um möglichst sicher einen positiven Erfolg zu erzielen, rieb H. grofse Mengen Blutes mit einer starken Platinöse 5—20 Minuten lang in die skarifizierten Stellen ein, wobei natürlich allmählich Gerinnung eintrat. Zur Blutentnahme wählte er im Gegensatz zu den früher genannten Experimentatoren stets männliche Kranke, weil bei ihnen das Alter der Syphilis gewöhnlich genauer bestimmt werden kann als bei Frauen.

Von den vier Versuchen, über welche H. bis jetzt berichten kann, haben zwei allem Anschein nach ein negatives Ergebnis gehabt.

In den beiden anderen Fällen hat die Blutimpfung zweifellos eine Infektion der Tiere mit Syphilis zur Folge gehabt; das Auftreten einer umschriebenen, bräunlichroten Papel etwa 20 Tage nach der Inokulation, nachdem vorher die skarifizierte Stelle völlig zur Norm zurückgekehrt war, macht dies nach den zahlreichen über die Affensyphilis nun vorliegenden Erfahrungen schon so gut wie sicher, und der Nachweis typischer Spirochaeta pallida in den Impfprodukten beseitigt jeden Zweifel. H.s Versuche an niederen Affen bestätigen also die Erfahrungen, welche Waller, der Pfälzer Anonymus, Lindwurm und Pellizzari vor mehr als einem halben Jahrhundert am Menschen gewonnen haben, und beweisen in noch exakterer Weise die Kontagiosität des syphilitischen Blutes während der Frühperiode. *Arthur Rahn-Berlin.*

Zur Infektiosität der malignen und tertiären Syphilis, von A. Buschke und W. Fischer. (*Med. Klinik.* 1906.) Verfasser beschreiben neuerdings einen Fall von Syphilis maligna, in dem erst nach langem Suchen in einem papulo-pustulösen Herde einzelne Spirochaetae pallidae nachgewiesen werden konnten; in den Ulcerationen, in einer auch histologisch untersuchten, suchten sie die Verfasser vergebens. Mit dem exstirpierten Material einer syphilitischen Ulceration wurde ein Macacus rhesus geimpft und nach 15 Tagen trat ein charakteristisches, oberflächliches, blaurotes, nicht ulceriertes, schuppendes syphilitisches Infiltrat auf. Aus diesem sowie auch aus den fünf früher mitgeteilten Fällen der Verfasser geht hervor, dafs die Lues maligna aus typischen Herden inokulabel ist, dafs die Impfeffekte sehr geringgradig, aber auch ganz typisch sein können, und dafs sie zu erzielen sind mit Ausgangsmaterial, in denen Spirochäten überhaupt nicht oder höchstens nur in sehr geringer Zahl enthalten waren.

An diese Beobachtung schliefsen Verfasser eine weitere an, welche sich auf die Infektiosität der tertiären Syphilis bezieht. Es handelt sich um eine gummöse Syphilis von malignem Charakter insofern, als das Leiden der spezifischen Medikation grofse Schwierigkeiten entgegensetzte. In den gummösen Ulcerationen konnten weder in Ausstichpräparaten, noch histologisch Spirochäten nachgewiesen werden. Mit exstirpiertem Material wurde ein Makake geimpft, und nach 18 Tagen entwickelte sich eine typische papulöse Infiltration. Histologisch bot dieser Primäraffekt völlig charakteristische Verhältnisse; eine Reinokulation mit nässenden Papeln verlief negativ.

Auf Grund dieser Beobachtungen sprechen die Verfasser neuerdings die Vermutung aus, dafs die von Spirochäten freien, aber doch infektiösen syphilitischen Produkte das syphilitische Virus in einer anderen Form der Spirochäte enthalten.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Zur Ätiologie des Syphilisrezidivs, von Isidor von Neumann-Wien. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1906. Nr. 22 u. 23.) Als Resumee dieser Arbeit ergibt sich:

1. Die nach dem Schwinden der klinischen Erscheinungen der Syphilisprodukte mikroskopisch nachgewiesenen, oft sehr lange (über ein Jahrzehnt) persistierenden Syphilisresiduen, einschliefslich der syphilitisch infizierten Lymphdrüsen sind die Ursprungsherde des Syphilisrezidivs, speziell des spätsyphilitischen, und zwar sowohl des Rezidivs in situ als auch des metastatischen.

2. Hieraus resultiert für die Syphilisbehandlung als Fundamentalindikation: die vollständige Eliminierung sämtlicher Syphiliskeime aus dem Organismus in möglichst kurzer Zeit. Nach v. N. hat die ganze Frage eine positive Basis durch den Nachweis der Spirochaeta pallida in den Geweben gefunden, und es wird der Nachweis der Spirochäte in Geweben, welche noch Proliferationszellen enthalten, von weittragender Bedeutung sein. *Putzler-Danzig.*

Die Beziehungen zwischen Syphilis und Carcinom der Schleimhäute, von Willis P. King-Kansas City. (*St. Louis Courier.* Juli 1906.) Infolge eines Erlebnisses an der eigenen Person und einer Reihe von Fällen, die, als feststehend, so vielen Ärzten den Tod gebracht, nachdem sie eine Operation wegen Carcinom an einer Schleimhautstelle, besonders der Gebärmutter, vorgenommen hatten, war Verfasser zu der Überzeugung gelangt, dafs sich in den Zersetzungsprozessen, welche bei Schleimhautcarcinom meist vorhanden sind, irgendein spezielles Gift bildet, das, auf eine andere Person übertragen, Syphiliserkrankung bewirkt. Diese nennt K. primäre oder Entstehungsfälle der Krankheit und sind eben deshalb besonders virulent und gefährlich, da sie noch keine Abschwächung durch die Passage durch eine grofse Anzahl tierischer Organismen erfahren haben. K. glaubt, dafs Krankheiten, wie Syphilis, Blattern, Blennorrhoe usw. mit der Zeit sicher erlöschen würden, wenn sie nicht völlig von neuem irgendwie entstünden. Er hat u. a. einen Fall von Masern in einer kleinen Holzbaracke draufsen in der Prairie, zwei bis drei Meilen von jeder menschlichen Ansiedelung entfernt und wo durchaus keine Möglichkeit einer Übertragung von anderen Kindern vorhanden war, ferner Fälle von Diphtherie und Scharlach an Orten erlebt, wo dieselben vorher nie existiert und keine Gelegenheit einer Einschleppung von aufsen gegeben war. Dies sind nach K.s Ansicht alles Fälle, wo die betreffende Krankheit neu entsteht und dann weiterhin verbreitet wird. In welcher Weise allerdings eine Infektionskrankheit aus einer anderen — Syphilis aus Carcinom — neu entsteht, diese Frage vermag auch Verfasser nicht zu beantworten und scheint ihm die wissenschaftliche Lösung seiner in der Praxis beobachteten Tatsachen eine sehr schwierige, wenn nicht unmögliche, zu sein. *Stern-München.*

Neisser stellt in der Med. Sekt. d. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur (16. März 1906) vor: **Fall von Syphilis maligna nach neunmonatlicher Kur in Lindewiese.**

Der Patient, den N. demonstriert, hat eine Lues maligna und zwar in so hochgradiger Entwicklung, wie sie bisher noch nie in seiner Klinik beobachtet worden ist. Der ganze Körper ist mit Freilassung nur weniger und kleiner Hautbezirke am Rumpf und den Extremitäten mit zumeist handtellergrofsen, in der Mitte vernarbten und am Rande dicke Krusten tragenden Plaques besetzt; nach Abhebung der Krusten treten tiefe Ulcerationen zutage; an manchen Stellen haben die Herde rupiaartigen Charakter. Am Gesicht ist nicht eine einzige normale Hautstelle; dasselbe ist mit einer Menge grofser syphilitischer Papeln besetzt, die ohne Grenzen vollständig ineinander übergehen; an der Oberlippe sind tiefe Ulcerationen und ein Teil des rechten Nasenflügels fehlt. — Wie ist der Patient zu dieser schrecklichen Syphilisentwicklung gekommen?

Patient erzählt, dafs er im März 1905 an einem Primäraffekt am Penis erkrankte. Nach acht ärztlich verordneten Einreibungen von Ung. hydr. ciner. setzte er die Behandlung aus, weil der Primäraffekt angeblich geheilt war. Er liefs sich nun bis Juni 1905 nicht behandeln, wo er Lindewiese aufsuchte, weil er ein seiner Beschreibung nach geringfügiges maculopapulöses Exanthem bekommen hatte. Von dort kam er am 13. März 1906 in die dermatologische Klinik zu Breslau.

Der Kranke hat während seines neunmonatlichen Aufenthaltes in Lindewiese 14 kg abgenommen. Es ist das erklärlich, wenn man hört, wie er ernährt wurde. Er hat während der drei Behandlungstermine à sechs Wochen, die er dort durch-

machte, drei Tage in der Woche nichts anderes als drei bis vier Semmeln und ¹/₂ l Wein, zwei Tage noch dazu eine Haferschleim- oder ähnliche Suppe, Donnerstag und Sonnabend aufserdem ¹/₂ l Wein bekommen. Von Interesse ist hierbei, wie inkonsequent diese Naturheilapostel sind, indem sie, die doch in erster Linie Bekämpfer des Alkohols sein sollten, bei einer so bedeutenden Unterernährung so grofse Mengen Alkohol verordnen.

Ob man den bösartigen Verlauf als direkte Folge der Lindewieser „Heilmethode" wird ansehen dürfen, läfst N. zweifelhaft, aber unzweifelhaft fest steht die Tatsache, dafs der Zustand des Kranken trotz der monatelangen fortgesetzten Kur sich nicht nur nicht besserte, sondern sich verschlechterte, und es ist unbegreiflich, dafs man in Lindewiese nicht selbst zu einer anderen, geeigneteren Behandlungsmethode überging. Immer wieder haben die Anstaltsleiter dem Kranken, der die Naturheilanstalt schon vor Monaten verlassen wollte, zur Fortführung der Kur zugeredet.

Bedenkt man die praktischen Folgen für den Patienten, so liegt für ihn zunächst ein erheblicher Verlust an Zeit und Geld vor, ferner ist er durch grofse zurückbleibende Narben, namentlich durch den Verlust des rechten Nasenflügels dauernd entstellt. Der Patient hat innerhalb drei Wochen in der dermatologischen Klinik 16 Pfund zugenommen. Hg-Injektionen verträgt er ausgezeichnet und die Ulcerationen sind fast alle schon verheilt. *Arthur Rahn-Berlin.*

Über den plötzlichen Tod syphilitischer Kinder, von Maurice Godron. (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 118.) *Fritz Loeb-München.*

Die neuere ätiologische und experimentelle Syphilisforschung, von E. Finger-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1906. Nr. 18.) Auf dem Wege der Affenimpfung sind, wie F. in der vorliegenden Arbeit hervorhebt, einige der wichtigsten Fragen aus der Pathologie der Syphilis heute bereits gelöst. Es ist nämlich dem Verfasser gelungen, mit dem randständigen Infiltrat eines Gumma in zwei Fällen am Affen Syphilis zu erzeugen, wie ja auch Neisser der gleiche Versuch in zwei Fällen ein positives Resultat ergeben hat. Ferner gelang es auch F., durch Impfung des Sperma eines Mannes mit vier Monate alter Lues am Pavian positiven Impfeffekt zu erzielen, ebenso erhielt er mit dem Sperma eines Mannes mit drei Jahre alter Lues und Hodengummen einen positiven Effekt. Es sind also auf dem Wege der Affenimpfung in kurzer Zeit zwei vielumstrittene, aufserordentlich wichtige Fragen: die Infektiosität des Gumma und des männlichen Sperma im positiven Sinne entschieden. *Putzler-Danzig.*

Morphologie und Züchtung der Spirochaeta refringens, von M. C Levaditi-Paris. (*Comptes rend. de scéanc. de la Soc. de Biol.* Vol. LXI. p. 182) Folgendes Verfahren ergab positive Resultate: Eiter von einer ulcerierten Balanoposthitis wurde auf ungeronnenes Menschenblut, das sofort nach dem Aderlafs in Kollodiumsäckchen eingeschlossen worden war, übergeimpft, worauf die verschlossenen Säckchen auf vier Tage in die Bauchhöhle eines Kaninchens eingelegt wurden. Die weiteren Serien wurden mit nicht erhitztem Menschenserum ausgeführt, und die Inkubationsdauer betrug fünf bis acht Tage. Es wurden sieben Serien auf diese Weise ausgeführt, wobei man neben einer Unmasse anaërober Bakterien zahlreiche lebhaft sich bewegende Spirillen konstatierte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Spirochaeta pallida und deren Variationen, von A. Maclennan-Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 12. Mai 1906.) An der Hand von zahlreichen Abbildungen schildert Verfasser seine diesbezüglichen Beobachtungen. Er ist der Ansicht, dafs Spirochaeta pallida und die Cytorrhyctes luis von Siegel wahrscheinlich verschiedene Lebensstadien des gleichen Protozoon sind. Die Einzelheiten können im Referate namentlich ohne die Abbildungen kaum wiedergegeben werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Bemerkungen über Syphilis, Carcinom usw. und einige Protozoen, von J. JACKSON CLARKE - London. (*Brit. med. Journ.* 2. Juni 1906.) Verfasser bespricht kurz die SCHAUDINNschen Spirochäten, die er unzweifelhaft für Protozoa erklärt und berichtet unter Beibringung von verschiedenen Abbildungen über eigene Beobachtungen an syphilitischen Läsionen sowie über Molluscum contagiosum, Carcinom und Sarkom. Auch bei letzteren Affektionen hat er Gebilde angetroffen, welche er als Protozoen in gewissen Stadien deutet. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Spirochätenbefunde in den syphilitischen Geweben, von S. ELISMANN-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 39.) Es ist E. gelungen, die Spirochaeta pallida mittels der LEVADITIschen Methode nicht nur in dem Perineurium der Präputialnerven bei Initialsklerosen, sondern auch im Nervenbündel selbst, zwischen den Nervenfasern aufzufinden. Ferner konnte Verfasser eigentümliche Degenerationsformen der Spirochaeta pallida in dorsalen und ventralen Lymphsträngen nachweisen; endlich sind nach E. die Spirochäten ein direkter Reiz zunächst für Gefäſsneubildung, dann erst für Leukocytenauswanderung, und Verfasser weist auf die phagocytäre Einwirkung von Bindegewebszellen und Leukocyten auf die Spirochaeta pallida hin und beschreibt sogenannte endocelluläre Büschel. *Putzler-Danzig.*

Zur Frage der Spirochäten bei Syphilis. (Zweite Mitteilung), von OMELTSCHENKO. (*Ruski Wratsch.* 1906. Nr. 36.) Verfasser bringt mehrere Mikrophotogramme von nach GIEMSA gefärbten gewöhnlichen Bindegewebsfasern der Haut und spricht sich wiederum dahin aus, daſs er keine Unterschiede findet zwischen den gewöhnlichen Spiralen der Bindegewebsfasern und der syphilitischen Spironema.

Arth. Jordan-Moskau.

Zur Kenntnis der Spirochaeta pallida im syphilitischen Gewebe, von B. LIPSCHÜTZ-Wien. (*Wien klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 37.) Es ist L. unter anderem gelungen, im Exzisionsgewebe eines papulokrustösen Syphilids, ferner eines kleinpustulösen Syphilids und endlich eines groſspapulösen, lentikulären Syphilids die Spirochaeta pallida nachzuweisen. Er bediente sich dabei der LEVADITIschen Methode mit der Modifikation, daſs er die in Formalin fixierten und in Alkohol nachfixierten Gewebsstücke in eine frische, in braunen Fläschchen aufbewahrte, 1,5%ige Lapislösung für vier bis fünf Tage legte, wobei die Lapislösung täglich gewechselt wird. Nach Abtrocknen erfolgt das Einbringen in 4%ige Pyrogalluslösung für 36 Stunden; einmaliges Wechseln der Reduktionsflüssigkeit. Im übrigen LEVADITI unverändert.

Putzler-Danzig.

Zur Frage des Syphilismikroorganismus, von WOLOSCHIN. (*Russki Wratsch.* 1906. Nr. 39.) In 55 Fällen sekundärer Syphilis fand Verfasser 17mal die Spirochaeta pallida, was er aber für zu selten hält, um mit Sicherheit die Spirochaeta pallida als den Urheber der Syphilis anzusprechen. Ferner suchte Verfasser den Cytorrhyctes luis Siegel und gibt zu, im Blut, wie im Lymphdrüsensekret und dem Bindegewebe syphilitischer Produkte Gebilde gesehen zu kaben, welche einigen Anlaſs geben, sie als Producte sui generis zu deuten, aber daſs es unmöglich ist, ihre Natur zu bestimmen. Irgendwelchen Zusammenhang zwischen diesen Gebilden und der Spirochaeta pallida zu finden, gelang nicht. *Arth. Jordan-Moskau.*

Zur Färbung der Spirochaeta pallida, von F. R. M. BERGER-Köln. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 25.) B. empfiehlt als gutes Tinktionsmittel für die Pallida Dahlialösung. Er verdünnt 4 ccm konzentrierter alkoholischer Dahlialösung mit 20 ccm Aqua dest. und verfährt in folgender Weise: Nachdem die möglichst dünnen, lufttrockenen Ausstriche fünf bis zehn Minuten in absolutem Alkohol fixiert worden sind, wird abgetrocknet, mit einigen Tropfen Azur II-Lösung (nach GIEMSA) eine Minute lang vorbehandelt, mit Leitungswasser abgespült, abgetrocknet und kurz durch

die Flamme gezogen; dann läfst man einige Tropfen der Dahlialösung drei bis fünf Minuten lang einwirken, spült wieder mit Leitungswasser ab, trocknet ab, zieht kurz durch die Flamme und schliefst mit neutralem Kanadabalsam ein. Da die roten Blutkörperchen in dünnen Ausstrichen hell bleiben, braucht man bei diesem Verfahren die Anwesenheit von Blut im Präparat nicht so ängstlich zu vermeiden. Die Dahlialösung hält sich lange Zeit gut. — Eine wäfsrig-alkoholische Lösung von Gentianaviolett in der gleichen Konzentration (1 : 5) leistet in der nämlichen Weise angewendet dasselbe, gibt aber etwas dunklere Bilder. *Götz-München.*

Spirochaeta pallida (Spironema pallidum) bei Syphilis, von T. Shennan-Edinburg. (*Lancet.* 10. März 1906 und 17. März 1906.)

Die in syphilitischen Läsionen gefundenen Spirochäten, von G. M. O. Richards und L. Hunt. (*Lancet.* 10. März 1906.)

Das Vorkommen von Spirochaeta pallida in syphilitischen Läsionen, von L. S. Dudgeon-London. (*Lancet.* 10. März 1906.) Nichts Neues.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über das Vorkommen der Spirochaeta pallida bei Syphilis. von Paul Petzold. (Inaug.-Dissert. Leipzig. 1905.) *Fritz Loeb-München.*

Über das Vorkommen von Spirochäten bei syphilitischen und anderen Krankheitsprodukten, von Paul Mulzer. (Inaug.-Dissert. Königsberg i. Pr. 1905.) Verfasser kommt zu dem Schlusse, dafs die Spirochaeta pallida so gut wie regelmäfsig in den Produkten der infektiösen Lues nachzuweisen ist, dafs sie nach den bisherigen Erfahrungen nur bei Syphilis und nicht bei anderen Krankheiten oder Gesunden vorkommt und dafs die Unterscheidung der Spirochaeta pallida von der gröberen schmarotzenden Form dem Geübten meist unschwer gelingt. Sie ist kleiner, zarter und dünner, besitzt steile, korkzieherartige Windungen gegenüber den längeren, flacheren der groben Spirochäte, färbt sich schwerer und zeigt im Giemsapräparat meist einen mehr rotvioletten Farbenton gegenüber dem mehr bläulichen der groben Form. *Fritz Loeb-München.*

Über Spirochaeta pallida (Treponema Schaudinn), von J. Glass-Mildenau i. Sa. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung.* 1906. Nr. 18.) Zusammenfassende Darstellung, die nichts Neues bringt. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Spirochaeta pallida (Treponema pallida), von L. S. Schmitt-San Francisco. (*Calif. state Journ.* März 1906.) Nichts Neues. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Kritik der Spirochaeta pallida Schaudinn, von Theodor Saling-Berlin. (*Centralbl. f. Bakt. usw.* Bd. 41. Heft 7 u. 8. Bd. 42. Heft 1 u. 2.) S. sucht in dieser Arbeit den Nachweis zu führen, dafs weder durch die Befunde in Ausstrichpräparaten von Exanthemen, Sklerosen, Papeln, noch in denen innerer Organe die Spezifität der Spirochaeta pallida klargestellt sei, noch habe die Levaditische Silbermethode den sicheren Beweis erbracht, dafs die Spirochaeta pallida in der Tat der Erreger der Syphilis sei. Die Worte seines Schlufssatzes — er hält die von vielen Verfassern als Spirochaeta pallida angesprochenen Elemente für Nerven und Fibrillen —: „Vereinigen wir noch die negativen Befunde mit den als gescheitert anzusehenden positiven, so erscheint die „Silberspirochäte“ in unhaltbarer Form“, kennzeichnen seinen Standpunkt zur Genüge. *Putzler-Danzig.*

Über die Spirochaeta pallida bei Syphilis, von Franz Sioli. (Dissertation. Halle 1906.) Fafst man die Befunde über Morphologie, Vorkommen und Lagerung der Spirochaeta pallida zusammen, so ergeben sich folgende Sätze:

1. Die Spirochaeta pallida ist ein genau charakterisierter Organismus.

2. Sie wird annähernd konstant in den infektiösen Erscheinungen der primären und sekundären Syphilis gefunden.

3. In den erfahrungsgemäfs nicht oder nur selten infektiösen tertiären Lues produkten wird sie vermifst.

4. Sie wird bei hereditärer Lues in einer Menge und Verteilung gefunden, wie sie den pathologisch-anatomischen Veränderungen entspricht.

5. Sie wird in den primären und sekundären Erscheinungen der experimentellen Affensyphilis auch durch mehrere Generationen gefunden.

6. Ihr Nachweis in den unter 2, 4, 5 erwähnten Erscheinungen gelingt nicht nur im Ausstrich, sondern auch in den Schnittpräparaten des Gewebes, und ihre Lage hält sich hier ungefähr an den Grenzen der histologischen Veränderung.

7. Sie ist noch bei keiner Kontrolluntersuchung an nicht luetischem Material mit Sicherheit nachgewiesen worden. *Frits Loeb-München.*

Mitteilungen über Spirochaeta pallida (Schaudinn) und Cytorrhyctes Siegel), von Josef Schütz-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 12.) Nach Sch. sind Spirochäten wie Cytorrhycten in syphilitischen Produkten so oft enthalten, dafs ihr Nachweis diagnostisch wertvoll ist. Speziell in jungen, noch nicht ulcerierten syphilitischen Papeln fand Sch. stets sowohl Pallidae und Refringentes als auch Cytorrhycten in gröfserer Zahl, während im Blutpräparat der Nachweis von Cytorrhycten häufiger, leichter und früher gelingt, als der Nachweis von Spirochäten. Die Unterscheidung der Pallida von der Refringens hält Sch. durchaus nicht immer für möglich, da es Übergangsformen, „Abstufungen" zwischen beiden gibt; es ist daher nach Sch. gar nicht richtig, die beiden als verschiedene Spirochätenarten aufzufassen, er hält vielmehr die Refringentes für die weiblichen, die Pallidae für die männlichen Schaudinnschen Spirochäten. Die perlschnurartige Struktur der Spirochäten, die auch schon von Wechselmann und Löwenthal beobachtet wurde, ist nach Sch. ein Beweis für ihre Protozoennatur. Geifseln konnte Sch. an ihnen nie mit Sicherheit nachweisen. Dagegen sah er an den Pallidae wie an Cytorrhycten und zwar auch an solchen, die innerhalb roter Blutzellen lagen, bei sorgsamer Abblendung zu beiden Seiten eine helle Zone. Die Lagerung von Cytorrhycten und Spirochäten innerhalb roter Blutkörperchen spricht mit grofser Wahrscheinlichkeit dafür, dafs es sich in der Tat um Blutparasiten handelt, denen eine ätiologische Bedeutung für die Syphilis zukommt. Häufig sah Sch. auch Spirochäten rings um rote Blutkörperchen herum und in der Nähe von roten Blutkörperchen und Cytorrhycten liegen. Aus der Gesamtheit seiner Beobachtungen schliefst Sch., dafs Cytorrhycten und Spirochäten unter einander wie auch mit den Blutzellen in Beziehung treten, vielleicht nur verschiedene Entwicklungsstadien eines Lebewesens darstellen und verdienen, nicht isoliert, sondern an ihrem Gesamtverhalten beobachtet zu werden. *Götz-München.*

Beiträge zum Nachweis der Spirochaeta pallida in syphilitischen Produkten, von E. Ritter-Charlottenburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 41.) Mitteilung über den Nachweis der Spirochaeta pallida in Primäraffekten, syphilitischen Papeln usw., sowie in den Organen eines hereditär-luetischen Neugeborenen, dessen Mutter während der Schwangerschaft an florider Syphilis erkrankt war. Aufserdem wies R. die Pallida allerdings nur in vereinzelten Exemplaren, die überdies nicht durchaus die charakteristischen steilen Windungen zeigten, zweimal in tertiärsyphilitischen Produkten nach; dagegen fand er bei drei luetischen Primäraffekten, resp. Kondylomen, bei zwei hereditär-luetischen Neugeborenen, deren Mütter schon vor mehreren Jahren infiziert worden waren, dann bei verschiedenen tertiär-syphilitischen Präparaten keine Spirochäten. *Götz-München.*

Syphilis und der Spirochätenbefund, von Chrzelitzer-Posen. (*Reichs-Medizinal-Anz.* 1906. Nr. 11.) Kurze Beschreibung der Spirochaeta pallida und ihrer

Färbemethoden und Überblick über die Literatur, welche bisher für und gegen die SCHAUDINN-HOFFMANNsche Spirochäte erschienen ist. *Schourp-Danzig.*

Spirochaeta pallida und Syphilis, von MARZINOWSKI. (*Med. Obosrenje.* 1906. Nr. 9.) Unter zehn auf Spirochätenbefund untersuchten Fällen fand Verfasser die Spirochaeta pallida neunmal, aber meist nur in geringer Anzahl. Die Färbung geschah nach GIEMSA. Die Untersuchung eines Falles von gummöser Lues aus Spirochäten blieb erfolglos. Dagegen hat Verfasser aber einmal im Urin eines zehnjährigen, keine Zeichen von Syphilis darbietenden Mädchens beim Scharlach eine Spirochäte gefunden, welche er von einer Spirochaeta pallida nicht zu unterscheiden vermochte. *Arth. Jordan-Moskau.*

Untersuchungen über Spirochaeta pallida, von M. ANGHELOVICI und G. JOANITZESCU-Bukarest. (*România medicala.* 1906. Nr. 4/5.) A. und J. geben eine geschichtliche Übersicht der wichtigeren Arbeiten, welche auf die Auffindung der Syphilismikrobien hinzielten und besprechen dann die seit der Entdeckung SCHAUDINNS gemachten Studien. Sie haben 26 Syphilisfälle mit verschiedenen Methoden auf Spirochäten untersucht und 20 mal positive Resultate erzielt. Am sichersten fanden sie die Spirochäten in dem Abkratzungsprodukte von Schleimpapeln, hingegen fielen Blutuntersuchungen immer negativ aus. Was die Färbungsmethoden anbelangt, so erprobten die Verfasser diejenige von GIEMSA, von PROCA-VASILESCU und von ROMANOWSKY und sind der Ansicht, dafs man die schönsten Färbungsbilder mit letzterer erzielen kann, doch ist es von Wichtigkeit, die Lösung vorsichtig herzustellen, namentlich das Hinzufügen der Eosinlösung genau auszuführen, da einige Tropfen zu viel oder zu wenig genügen, um dann die Färbung mifslingen zu lassen.

E. Toff-Braila.

Die Spirochaeta pallida (Treponema pallidum) bei Syphilis, von W. C. ALVAREZ - San Francisco. (*Journ. amer. med. assoc.* 1906. Nr. 22.) Geschichtlicher Überblick über die Frage des Syphiliserregers. Beschreibung der Spirochaeta pallida und ihre Färbungsmethoden. Eigene Beobachtungen in sieben von zehn Fällen.

Schourp-Danzig.

Weitere Mitteilungen über den Nachweis der Spirochaeta pallida im Gewebe, von E. HOFFMANN und A. BEER-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 22.) Bei einer $6^1/_2$ Monate alten, noch unbehandelten Syphilis wurden in den inguinalen Lymphdrüsen und einem orbikulären Syphilid der Haut zahlreiche Spirochäten nachgewiesen, besonders in den Drüsen. *Carl Schramm-Dortmund.*

Über Spirochaeta pallida, von JULIUS GLASS. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1906.) Vorliegende Dissertation ist als eine ganz besonders fleifsige und beachtenswerte Doktorarbeit zu bezeichnen. Von besonderem wissenschaftlichen Wert ist das Literaturverzeichnis, das alle bis zum 31. Dezember 1905 erschienenen einschlägigen Arbeiten aufzählt und 14 Seiten umfafst. Einzelheiten lassen sich im Rahmen eines Referates kaum bringen.

Wer über Spirochäten arbeitet, mufs die Originalarbeit kennen.

Fritz Loeb-München.

Neue Befunde von Spirochaeta pallida (SCHAUDINN) im menschlichen Körper und ihre Bedeutung für die Ätiologie der Syphilis, von K. REUTER-Hamburg. (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh.* Bd. 54.) Verfasser hat Spirochäten gefunden in einem Gumma der Lunge und zugleich in dem Gebiet der damit verbundenen weifsen Pneumonie sowie im Pankreas desselben an hereditärer Syphilis verstorbenen Kindes; ferner fand er sie in der Aortenwand eines ganz plötzlich verstorbenen Mannes, bei dem die Diagnose Syphilis nicht sicher erwiesen war, und auch (mit Hilfe der Apochromat-Immersion 2 mm) in dem aus syphilitischen Papeln der

Haut ausgepreſsten Gewebssaft. Er bediente sich der von Levaditi empfohlenen Methode. Ob die Spirochäte die wirkliche Ursache der Syphilis ist, will R. noch unentschieden lassen; jedenfalls habe sie bei ihrem sehr konstanten Auftreten zum mindesten eine gewisse Bedeutung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Herde des Fortwucherns der Syphilis und die Spirochaeta pallida, von G. Z. Petresco-Bukarest. (*Revist. Stintelor med.* 1905. Nr. 8.) Verfasser legt seine Ansicht dar, daſs die Syphilis sich auf dem Wege einzelner Infektionsherde im Körper fortpflanzt, nicht als eine allgemeine Vermengung des Blutes mit dem syphilitischen Virus, und daſs es daher rationell sei, den Versuch zu machen, ob es gelingt, durch direkte Lokalbehandlung, durch Entfernung des Primärsyphilids, durch Kauterisation des affizierten Gewebes u. dgl. die infizierenden Organismen zu vernichten. Er berichtet über drei Fälle, bei denen die Untersuchung auf Spirochaeta pallida darauf hindeutet, daſs vor allen Dingen die lokalen Herde Beachtung verdienen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Weitere Mitteilungen über die Spirochaeta pallida (Treponema Schaudinn), von Karl Herxheimer und Marie Opificius-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschrift.* 1906. Nr. 7.) Von den in früheren Arbeiten beschriebenen, scheinbar in die Spirochäten eingelagerten Körperchen deuten die Verfasser nunmehr die den Spirochätenleib ausbuchtenden als Auflagerungen aus Farbniederschlägen oder dergl., während sie die kleineren, den Spirochätenleib nicht ausbuchtenden Körperchen auch jetzt noch als Bestand der Pallida bezeichnen müssen. — Gleich anderen, für Menschen pathogenen Protozoen scheint auch die Pallida abwechselnd Perioden der Ruhe und Perioden stärkerer Vermehrung oder wenigstens lebhafterer Bewegung aufzuweisen; wenigstens konstatierten die Verfasser bei zwei regelmäſsig untersuchten Patienten, daſs die während der Nacht hergestellten Präparate ganz bedeutend mehr Spirochäten enthielten als die bei Tag gewonnenen. Von den Spirochäten in den Nachtpräparaten lagen überdies sehr viele nicht gerade gestreckt, sondern bildeten mit dem Körper die verschiedensten Figuren, wie wenn sie in lebhafter Bewegung begriffen fixiert worden wären. — In den nach Levaditi hergestellten Schnitten erscheinen die Spirochäten wesentlich dicker als im Ausstrichpräparat, weil sich bei der Imprägnierung mit Silber nicht nur der ganze Leib ausfüllt, sondern auch feinste Teilchen an der Oberfläche hängen bleiben. Die Zellen des Gewebes sind, soweit sich das bis jetzt an den Schnitten feststellen läſst, immer intakt; die Wirkung der Spirochäten scheint also weniger auf einer direkten Schädigung der Zellen als vielmehr auf einer chemotaktischen Wirkung zu beruhen. — Während bisher nur in ulcerierten Primäraffekten und Papeln neben der Pallida auch andere Spirochäten gefunden wurden, will Baermann, wie Neisser den Verfassern mitteilte, in Präparaten, die aus einer geschlossenen syphilitischen Drüse eines Orangs stammten, neben zahlreichen Pallidae auch Spirochaeta refringens nachgewiesen haben. *Götz-München.*

Die Spirochaeta pallida in ihren Beziehungen zu den syphilitischen Gewebsänderungen, von M. Versé. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 24—26.) Auf Grund systematischer Untersuchungen, die Verfasser im pathologischen Institute in Leipzig an der Hand eines groſsen Materials von Fällen sowohl akquirierter Lues aller Stadien, als auch namentlich kongenitaler Syphilis durchgeführt hat, kommt er zu folgenden Ergebnissen: Die offenbar sehr agilen Spirochäten dringen in die schützenden Epithelien ein und können sich dort lange erhalten. Das Vorkommen der Spirochäten in den Epithelien ist auf einen bereits intra vitam, nicht etwa erst in der Agone oder post mortem sich abspielenden Vorgang zurückzuführen. Die Vernichtung der Spirochäten ist an die Tätigkeit der Zellen geknüpft.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Einige Mitteilungen über die praktisch-diagnostische Verwertbarkeit der Untersuchung auf Spirochaeta pallida, von Julius Heller und Lydia Rabinowitsch. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 28.) Die Arbeit der Verfasser wurde so vorgenommen, daſs Heller aus seiner privaten und poliklinischen Klientel geeignetes Material auswählte, das von Rabinowitsch ohne Kenntnis des Falles und der Diagnose untersucht wurde. Es war so eine absolute Objektivität bewährt. In keinem Falle wurden Spirochäten gefunden, in dem klinisch eine nicht syphilitische Affektion vorlag. Von allen untersuchten Syphilisfällen wurden die Spirochäten in 39,6% nachgewiesen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über das Vorkommen von Spirochaeta pallida bei Syphilis, von A. Wiman-Stockholm. (*Nord. med. Arkiv.* 1906. Abt. II. Heft 1. Nr. 3.) Verfasser bestätigt die Untersuchungen anderer Forscher an der Hand eigener Beobachtungen. Er fand Spirochaeta pallida fast in allen primären und sekundären Produkten, nie aber im kreisenden Blute und tertiären Erscheinungen und im Knochenmark. Die Spirochaeta pallida fand sich nur im syphilitischen Krankheitsprodukt. Verfasser ist ebenfalls der Ansicht, daſs Spirochaeta pallida der Erreger der Syphilis ist.

Bernhard Schulze-Kiel.

Mitteilungen über Spirochätenuntersuchungen, von Alfred Kraus. (*Prag. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 27 u. 28.) K. fand in neun Fällen von Sclerosis initialis nur zweimal Pallidae in Ausstrichpräparaten; Condylomata lata wurden in 34 Fällen untersucht; bei sieben Fällen fanden sich keine Pallidae, bei 24 anderen Fällen war der Befund positiv. Negativ war das Resultat beim Gewebssaft einer sklerosierten Inguinaldrüse bei einem Luetiker, ebenso die nach den Angaben von Noeggerath und Staehelin vorgenommene Blutuntersuchung bei einem Fall frischer sekundärer Lues. Ebenso wenig fanden sich Pallidae in Sperma eines Luetikers nach einjährigem Bestehen der Infektion, während hier nach energischer Behandlung (sieben Touren à 4,0) äuſserst zahlreiche Pallidae im Sekret exulcerierten Papeln zwischen den Zehen zu finden waren. Völlig negativ waren auch die Resultate von sämtlichen sieben zur Untersuchung gelangten Fällen von Lues gummosa. — Die Untersuchungen, ob auch in nichtluetischem Material die Spirochaeta pallida vorkommt, beantwortet K. auf Grund von 48 Kontrollfällen negativ. Zum Schlusse berichtet K. über ein scheinbar gelungenes Anreicherungsverfahren pathogener Spirochäten. Brachte er eine Öse von balanoposthitischem Sekret oder Saft von der Oberfläche eines exulcerierten Carcinoms, welche zahlreiche Spirochäten enthielten, in etwa 5 ccm Bouillon und belieſs diese 24 Stunden bei 37° C. im Thermostaten, so fand er nach dieser Zeit sehr zahlreiche Spirochäten vor, einzeln sowohl wie zu Hunderten vereinigt. Ferner erschienen sie gewöhnlich viel dicker im ganzen Verlauf, hatten die Krümmungen eingebüſst, schienen unscharf konturiert, aufgefasert und hatten ein struppiges Aussehen. Die Enden erschienen stumpf und der Leib gequollen. Daneben fanden sich proliferative Vorgänge, Riesen- und Teilungsformen. Nach einer über 24 Stunden ausgedehnten Beobachtungsdauer traten diese Formveränderungen noch deutlicher hervor. Daſs es sich um degenerative Prozesse handelt, schlieſst K. daraus, daſs es nie gelang, nach Ablauf von 24 Stunden durch Übertragung von Materiale einer Bouillon in eine neue eine abermalige Anreicherung zu erzielen. Diese Degeneration findet in einem körnchenartigen Zerfall ihr Ende; in diesem Zustande befindliche Spirochäten erscheinen mechanischen Einflüssen gegenüber sehr wenig widerstandsfähig. In den relativ sehr bald auftretenden Degenerationszuständen ist vielleicht ein Grund für die bisher miſslungenen Kulturversuche zu finden. *Putzler-Danzig.*

Spirochaeta pallida, von A. Blaschko-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 38.) Eine vorläufige Entgegnung auf die Arbeit von Walter Schulze und

Friedenthal, von denen ersterer behauptet hatte, daſs die von Blaschko abgebildeten Spirochäten nicht den Anforderungen entsprechen, welche man an der Pallida stellen müſste und daſs Blaschkos Figuren nur entfernte Ähnlichkeit mit Pallida aufweisen, daſs sie wahrscheinlich marklose Nervenfasern vorstellen. In vier Punkten rechtfertigt B. seine Präparate und Zeichnungen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Weitere Beiträge zur Kenntnis der Spirochaeta pallida, von A. Blaschko-Berlin. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 35.) Verfasser berichtet über zwei sehr interessante Krankheitsfälle. Der erste betrifft einen Patienten, den Verfasser selbst vor 16 Jahren mit frischer Lues behandelt hat, und bei dem jetzt ein breites serpiginöses Syphilid an der Innenseite des Oberschenkels im oberen Drittel entstand. Dasselbe ist in seinem unteren Drittel rein papulös, in seinen oberen zwei Dritteln, wo es dem Hodensack anliegt, geht das an der freien Stelle papulöse Infiltrat in ein ausgesprochenes kondylomatöses über. In den zur mikroskopischen Untersuchung mit dem Rasiermesser flach abgetragenen Teilen der kondylomatösen Partie wurden an einer Stelle im Epithel deutliche Spirochaeta pallidae gefunden. Der Fall beweist demnach 1. daſs echte Kondylome im 16. Jahre der Erkrankung auftreten und daſs sie sich aus einem typischen, papuloserpiginösen Syphilid entwickeln können, und 2. daſs die Syphilis unter Umständen 16 Jahre lang kontagiös bleiben kann.

Der zweite Fall betrifft einen jungen Mediziner, bei dem Verfasser einen harten Schanker an der Unterlippe, geschwollene cervikale und submatillare Lymphdrüsen und zwei Papeln auf der Vorderfläche eines Unterarms festgestellt hat. Patient konsultierte dann einen anderen Arzt, der die Diagnose Lues aus dem Grunde abgelehnt hat, daſs im Sekret der Drüsen keine Spirochäten vorzufinden waren und der Impfversuch am Affen negativ ausgefallen ist.

Nach weiteren acht Wochen sind die Erscheinungen der Syphilis beim Patienten schon für jedermann manifest geworden; übrigens haben sie sich auch beim Affen später eingestellt. — Der negative mikroskopische Befund und der negative Ausfall der Impfung dürfen nicht für einen Beweis dafür gehalten werden, daſs keine Syphilis vorliegt. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über die diagnostische Bedeutung der Spirochaeta pallida, von Erich Hoffmann. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 44.) H. widerlegt die Behauptung Danzigers, daſs bisher nur Berger und Heller sowie Rabinowitsch und er selbst der Frage nach der praktischen Verwertbarkeit der Entdeckung der Spirochaeta pallida nähergetreten seien. Er weist auf seine eigenen Arbeiten hin. Ferner bekämpft H. den Einwand von Schulze und Saling, daſs die Silberspirochäten nichts anderes als Nervenfibrillen und andere Gewerbsbestandteile seien.

Bernhard Schulze-Kiel.

Spirochaeta pallida bei experimentell erzeugter interstitieller Hornhautentzündung, von Greeff und Clausen-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 36.) Enthält Bericht über den Nachweis von Spirochäten in den Interstitien und Saftkanälen der Hornhaut eines mit Lues geimpften Kaninchenauges.

Carl Schramm-Dortmund.

Über den Nachweis der Spirochaeta pallida bei tertiärer Syphilis, von Egon Tomasczewski-Halle a. S. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 27.) T. hat bei zehn Kranken mit tertiären Luesaffektionen (Gummen, tuberoserpiginösen Syphiliden) Untersuchungen auf Spirochäten vorgenommen und in fünf Fällen die Pallida, allerdings nur in sehr geringer Zahl und bei sorgfältigster, stundenlanger Durchmusterung der Präparate, im Ausstrich gefunden. *Götz-München.*

Über den Nachweis von Spirochaeta pallida in tertiär-syphilitischen Produkten, von Doutrelepont und Grouven-Bonn. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906.

Nr. 23.) Verfasser berichten über den Nachweis von Spirochäten bei vier tertiär erkrankten Luetikern; 1. aus einem serpiginösen Infiltrat der Bauchhaut, 2. aus einem gummösen Tumor und Geschwür des Unterschenkels, 3. aus einem Gumma des Nasenrückens, 4. aus einem ulcerierten Gumma des Sternums.

Carl Schramm-Dortmund.

Spirochaeta paillida im Lungengewebe bei Pneumonia alba, von A. Domernikowa. (*Russki Wratsch.* 1906. Nr. 22.) Infolge der in der Literatur beschriebenen positiven Befunde von Spirochaeta pallida in den Organen hereditär syphilitischer Kinder unterzog Verfasserin die Lunge eines fünfzehnmonatlichen an hereditärer Syphilis verstorbenen Kindes der Untersuchung, weil das betreffende Kind speziell an Pneumonia alba syph. gestorben war. Das Präparat war die Zeit über in Alkohol aufbewahrt worden. Färbungen nach Levaditi und Gierke ergaben das Vorhandensein der Spirochaeta pallida, wenn auch in geringerem Grade, als in dem Fall der beiden eben genannten Autoren. Am meisten fand sich die Spirochaeta pallida in den Wänden der Bronchien und Alveolen. Ebenso konstatierte Verfasserin die von Levaditi beschriebenen gekörnten Degenerationsformen, aber sie beobachtete nicht die von Levaditi beschriebene Phagocytose. In den von pathologischen Veränderungen freien Teilen der Lunge fehlten Spirochäten.

Arth. Jordan-Moskau.

Positiver Befund der Schaudinnschen Spirochäte in der Leber und Milz eines macerieten Foetus, von Queyrat, Levaditi und Feuillé. (*Bull. de la Soc. de Derm. et de Syph.* 7. Dezbr. 1905. — *Ann. de Derm. et de Syph*) Nichts Neues. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Spirochaeta pallida und Osteochondritis, von E. Bertarelli-Turin. (*Centralbl. f. Bakteriol. usw.* Bd. XLI. Heft 6.) Es gelang Verfasser, in drei Fällen von kongenitaler luetischer Osteochondritis mit dem Imprägnationsverfahren in einer hydroalkoholischsauren Silbernitratlösung vornehmlich im Periost und in der an den Knochenanwuchs stoſsenden Gegend typische Spirochäten zu finden. Nach B. erklärt das Vorhandensein dieser Elemente vortrefflich und unzweideutig das Entstehen der Osteochondritis und der nicht selten mit ihr zusammenhängenden kongenitalluetischen Periostitis, mögen die Spirochäten nun direkt die Tätigkeit der Osteoblasten beeinträchtigen oder ihre Funktion durch Erzeugung toxischen Materials schädigen, das aus dem Körper der Spirochäte selbst durch Zerfall entsteht.

Putzler-Danzig.

Untersuchungen auf das Vorhandensein der Spirochaeta pallida im Mutterkuchen, von V. Wallich und G. Levaditi. (*Comptes rend. des Séances de la Soc. de Briol.* T. LX., S. 191. 1906.) *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Demonstration der Spirochaeta pallida in der Placenta, von Radaeli. (*Lo Sperimentale.* Nr. III. 1906.) Die Spirochäten lagen meist isoliert, selten zu Gruppen vereinigt, im Stützgewebe der Chorionzotten und in den Blutgefäſswandungen und zwar sowohl in den kleineren als in den gröſsten Gefäſsen.

C. Müller-Genf.

Syphilisgift und experimentelle Syphilis (Revue générale), von P. Schainfeld. (*Thèse de Montpellier.* 1905. Nr. 47.) *Fritz Loeb-München.*

Über die erfolgreiche Übertragung der Syphilis auf Affen, von O. von Petersen-Petersburg. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 19.) Ein umfassender Bericht über die Erfolge und Resultate der Syphilisübertragung auf Affen, der sich besonders mit den Neisserschen Versuchen beschäftigt. *Putzler-Danzig.*

Über die experimentelle Syphilis bei den Affen, von Tschlenow. (*Russki Wratsch.* 1906. Nr. 42 u. 43.) In einer längeren Arbeit, welche die Literatur er-

schöpfend berücksichtigt, gibt Verfasser einen sehr guten Überblick über den augenblicklichen Stand dieser Frage und flicht seine eigenen, in Gemeinschaft mit dem Leiter des bakteriologischen Instituts der Moskauer Universität, Herrn Dr. Gabritschewsky, und unter Beihilfe der Herren Patzewitsch, Tscharnoszky und Wlassjewsky angestellten Versuche hinein. Zu denselben wurde eine Kollektion von Babuin (Sphinx Pavianen) benutzt, welche auf Grund freiwilliger Spenden angeschafft werden konnten. Die Versuche ergaben folgendes: Die Überimpfung von Sklerosematerial oder solchem von nässenden Papeln gab ein positives Resultat, wogegen das Blut von Syphilitischen in zwei Versuchen mit negativem Erfolge den Affen eingeimpft wurde. Desgleichen blieb in einem Fall die Überimpfung von tertiärer Syphilis negativ. In zwei weiteren Versuchen wurde das eine Mal ein Affe nach der Überimpfung des syphilitischen Virus mit Alkohol vergiftet, das andere Mal ein Affe vor der Überimpfung starker Erwärmung ausgesetzt. Beidemal war das Resultat des Versuches unbestimmt. Im ersten dieser beiden Fälle kam es bei der Impfung nur zu lokalen Veränderungen auf den Augenbrauen, aber nicht auf dem Präputium, während der spätere Verlauf sich nicht vom gewöhnlichen unterschied, — im zweiten Versuch (Erwärmung des Tieres) traten die lokalen Veränderungen zwar früher, aber in sehr schwachem Grade auf, jedoch starb der Affe an Entkräftung, wobei bei der Sektion in der Milz Veränderungen gefunden wurden, die anscheinend syphilitischer Natur sind. *Arth Jordan-Moskau.*

Bericht über die Übertragbarkeit von Syphilis auf Affen, von A. S. Grünbaum und R. D. Smedley-Leeds. (*Brit. med. Journ.* 17. März 1906.) Verfasser haben bei einem Schimpansen eine syphilitische Infektion hervorgebracht, indem sie an der Augenbraue ein Stück von einem frisch excedierten Schanker aufrieben. Am 16. Tage zeigten sich die ersten Erscheinungen in Gestalt von Dunkelfärbung der Haut und einem kleinen Knötchen. Später traten Drüsenschwellungen und Exfoliation der Haut hinzu. Ziemlich spät, am 37. Tage, wurde die Spirochaeta pallida gefunden. Das Allgemeinbefinden schien nicht gestört zu sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Versuche zur Übertragung der Syphilis auf Affen. 4. Mitteilung von Siebert, Schucht und A. Neisser-Breslau. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr 13.) N. berichtet über seine Versuche bei tertiärer Syphilis und über die Versuche bei hereditärer Syphilis. Die Unklarheit über die Pathogenese und damit über die Infektiosität tertiärer Luesprodukte, die noch in den letzten Jahren in der Syphilislehre herrschten, ist durch die gleichzeitig und unabhängig von einander von Neisser und Finger-Landsteiner erwiesene Möglichkeit, durch Verimpfung tertiärer Produkte bei Affen typische Syphilis zu erzeugen, beseitigt worden. Von den 17 Affenversuchen, die bisher bezüglich der Impfung der tertiären Syphilis angestellt wurden, fielen fünf positiv aus und ergaben folgendes: Die frische, bezw. noch nicht durch Nekrose oder Vereiterung zerstörte syphilitische Neubildung enthält, auch wenn sie als sogenannte tertiäre Form auftritt, Parasiten, die, auf Affen überimpft, typische Primäraffekte erzeugen. Es ist dabei ganz gleichgültig, ob diese tertiären Formen in verhältnismäfsig frühen oder erst sehr späten Zeiten nach der Infektion auftreten. Ist jedoch eine spezifisch gummöse Degeneration der Gewebe oder eine Vereiterung eingetreten, so gelingt die Impfung nicht mehr.

Was haben wir für die Praxis aus diesen Resultaten zu lernen? Jede tertiäre Erscheinung mufs als kontagiös and jeder mit tertiären Erscheinungen behaftete Mensch als Träger von noch lebendem, zur Krankheitsübertragung befähigtem Virus angesehen werden; allerdings es bleiben sehr grofse graduelle Differenzen übrig. Die primären und namentlich die sekundären Formen haben sich auch im Impfversuch als leicht übertragbar erwiesen; vermutlich, weil sie stets sehr viele Parasiten be-

herbergen. Die primären und sekundären Erscheinungen sind aber auch deshalb besonders gefährlich, weil sie wesentlich an denjenigen Körperteilen — Genitalien, Lippen und Mundhöhle — lokalisiert sind, welche besonders häufig mit andern Menschen in Berührung gebracht werden. Gerade diejenigen tertiären Formen, von denen aus mit Erfolg abgeimpft werden konnte, waren geschlossene, mit unversehrter Haut überzogene Prozesse, während überall, wo zerfallenes Material, besonders aus schon ulcerierten Formen entnommenes, verimpft wurde, sich ein negatives Resultat ergab. Die Lokalisation der tertiären Prozesse betrifft verhältnismäfsig selten Genitalien, Lippen und Mundhöhle, viel häufiger die für die Contagionsgefahr kaum in Betracht kommenden Extremitäten, Brust, Rückenflächen usw. Tertiäre Formen bleiben, bald wegen ihrer Schmerzhaftigkeit, bald wegen des Vorhandenseins grofser, geschwüriger Prozesse nie unbeachtet, so dafs sie schon aus diesem Grunde — ganz abgesehen davon, dafs solche zerstörenden Vorgänge auch anderen Abscheu einflöfsen — kaum je in Berührung mit anderen Menschen gebracht werden. Aus allen diesen Verhältnissen ergibt sich allerdings ein verhältnismäfsig geringer Grad von Ansteckungsgefährlichkeit für die tertiären Prozesse und insbesondere für die offenen, zerfallenen und vereiterten Formen. Trotzdem wird man in praxi stets die Möglichkeit dieser Gefahr in Betracht ziehen müssen, und man wird namentlich da, w Lokalisation die Gefährlichkeit erhöht, für möglichst schnelle Heilung durch energische Lokalbehandlung und Jodzufuhr, aber auch für eine ausgiebige merkurielle Behandlung sorgen müssen.

Aus den Versuchen über hereditäre Syphilis ergibt sich, dafs wir es bei der kongenitalen Syphilis mit einer auf dem Blutwege sich vollziehenden und fast alle Organe durchsetzenden Parasitendurchseuchung zu tun haben.

Arthur Rahn-Berlin.

Impfungen mit Luesmaterial an Kaninchenaugen, von W. Schulze-Berlin. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* 1905.) Sch. geht auf die Frage, welche Bedeutung der von Siegel Cytorrhyctes benannte Parasit, zu der zoologischen Gruppe der Flagellaten gehörend, für die Antiologie der Lues habe, nicht näher ein, hat jedoch auf Wunsch Siegels Impfungen und weitere Untersuchungen der Augen vorgenommen. Im Versuchstier bekommt man lebende Cytorrhyctes am besten ca. 10—20 Tage nach der Impfung aus dem Blut und den inneren Organen zu sehen. Sch. impfte nun direkt die Iris an dem vorher kokainisierten Auge und zwar im ganzen an 26 Kaninchen; als Impfmaterial diente teils frisches Luesgewebe (ganz fein zerschnittene, nicht ulcerierte Initialsklerosen), Blut von einem Luetiker (mit Roseola), teils frische Nierenemulsion von einem vorher mit Syphilis geimpften Kaninchen, teils konservierter Impfstoff (fein zerschnittenes Kondylomgewebe resp. Schanker mit gleicher Menge Glycerin und Wasser āā). Von den Kaninchen sind noch sechs am Leben, bei zwei Tieren ist die Iris zu Weiterimpfungen benutzt worden und bei zwei Tieren sind die Augen nicht konserviert worden, so dafs von 16 Tieren eine histologische Untersuchung der Augen vorgenommen werden konnte. Eine Anzahl der Tiere geht innerhalb der ersten zwei Wochen zu Grunde, nachdem der Höhepunkt des entzündlichen Stadiums am Auge am 10.—14. Tage erreicht ist. Nach 14 Tagen beginnt sich der Prozefs auf die Irisimpfstelle zu lokalisieren, die Knötchen setzen sich schärfer ab und nach drei bis vier Wochen haben sie ihre bedeutendste Gröfse erreicht, um dann allmählich wieder kleiner zu werden. Die Symptome der Allgemeininfektion sind bei den Kaninchen bei weitem nicht so deutlich, wie etwa bei den Affen, sie zeigen nur hochgradige Mattigkeit, zum Teil auch an den Lippen Rhagaden, auf der Haut Ulcerationen, starken Haarausfall. Dem klinischen Bilde entsprechen auch die Befunde der mikroskopischen Untersuchung; es handelt sich um

einen chronischen, vor allem an den Gefäſsen sich abspielenden Prozeſs. Die Cytorrhycten findet man nur in bindegewebigen Organteilen (Plasma) in der Nähe von Gefäſsen, am häufigsten in der zweikernigen Form. Die Augen von gesunden Kaninchen, in derselben Weise behandelt und untersucht, zeigten an Schnitten in der Iris weder Cytorrhycten, noch andere Mikrobien. Daſs es sich bei den besprochenen Veränderungen um solche syphilitischer Natur handelt, ergeben auch klinisch wieder die erfolgreichen Rückimpfungen auf Affen: Impfungen mit solcher Kanincheniris oder mit Nierenemulsion eines 14 Tage vorher mit Menschenlues am Auge geimpften Kaninchens haben bei den Affen stets syphilitische Primär- und Sekundärerscheinungen ergeben, und die inneren Organe eines solchen Affen zeigten reichlich Cytorrhycten. Bei totgeborenen Jungen eines an der Iris geimpften Kaninchenpaares lieſsen sich (46 Tage nach der Impfung) in der Niere deutlich Cytorrhycten nachweisen. Die Spirochäten fanden zwar unter anderen Bakterien Verfasser und Siegel in Ausstrichpräparaten von ulcerierten Sklerosen, aber in bedeutender Minderzahl gegenüber den Cytorrhycten, und Schulze sah sie nie im Blut von Luetikern oder im Blut oder den inneren Organen von mit Syphilis geimpften Affen oder Kaninchen und speziell niemals bei seinen Augenuntersuchungen. *Stern-München.*

Über die Transmission der Syphilis auf Kaninchen, von E. Bertarelli-Turin, (*Centralbl. f. Bakteriol. usw.* Bd. XLI, Heft 3.) B. schabte aus dem tiefen Teil eines Initialsyphililoms, das sich drei Tage vorher entwickelt hatte und excidiert worden war, auf Wunsch des Patienten, der absolut die Abortivkur machen wollte — die spezifische Natur des Syphiloms war durch den Nachweis von Spirochaeta pallida in Ausstrichpräparaten festgestellt — Material aus, zerrieb dasselbe in einem Mörser bis zur vollständigen Verbreiung und machte dann mit einem Graefeschen Messer am rechten Auge eines Kaninchens im Zentralteil der Hornhaut einige leichte Ritze. Der übrigbleibenden, zerkneteten Portion der Sklerose fügte B. ein wenig physiologische Lösung hinzu, zerknetete von neuem, bis die Emulsion dünnflüssig wurde, nahm eine kleine Punktur an der Hornhaut des linken Auges vor, damit ein wenig Vorkammerwasser ablaufen konnte und inokulierte dann mit der Pravaszschen Spritze ganz in der Nähe des Limbus ein Tröpfchen des zerkneteten Syphiloms in die Vorkammer. Am rechten Auge traten keine besonderen Erscheinungen auf, dagegen zeigte sich am linken Auge nach einigen Tagen eine Hyperämie der Lederhautgefäſse nahe der Inokulationsstelle, leichte Verdickung der Hornhaut und ein kleines Geschwür. Nach 40 Tagen hatte die Lederhaut in der ganzen, der Innesstelle nahestehenden Zone hyperämisches Aussehen; die Hornhaut zeigte ein Geschwür von 3 mm Durchmesser, das Geschwürsgewebe erschien ziemlich erhöht, der Limbus entzündet, der ganze Bulbus gespannt und hervorragend. Nach weiteren drei Tagen die Läsion deutlich vergröſsert. Herausnahme des linken Auges, ein Teil wie gewöhnlich eingebettet, ein Teil wurde mit dem Silbernitratverfahren behandelt. Das Ergebnis der mikroskopischen Prüfung der mit Silbernitrat behandelten Stücke war folgendes: In der ganzen Zone der verletzten Hornhaut und auch auſserhalb derselben Myriaden von Spirochäten, die alle Merkmale der Spirochaeta pallida besitzen; an einzelnen Stellen der Läsion ist die Struktur der Hornhaut fast verschwunden, dafür lebhafte, lymphocytäre Infiltration, die sehr weit in der Hornhaut vordringt. Die Spirochäten sind auſserordentlich zahlreich und auffallend klar; sie folgen der Richtung der Bindegewebszellen, und liegen zumeist isoliert, zuweilen auch in Gruppen. Wo die Veränderung am stärksten und die Infiltration am deutlichsten, sind sie selten, während da, wo die Läsion weniger deutlich, die Hornhaut wieder fast normal, die Anhäufung der Spirochäten zuweilen enorm ist, bis zu Hundert in einem Gesichtsfeld. Sie fehlen in der Iris, der Lederhaut und der Linse. In dem

geschwürigen Teil finden sich einige selten Bakterienformen, die verschwinden, je mehr man sich von der Zentralzone entfernt; hier herrschen die Spirochäten vor. Bei diesen hat man öfter den Eindruck, als ob es sich um einen longitudinalen Vervielfältigungsprozefs handle. Aus der histologischen Untersuchung geht hervor, dafs die entstandene Läsion eine starke Mononukleose lymphocytären Charakters ist, die deutlich Tendenz zu perivaskulärer Anhäufung, Eigentümlichkeiten, welche sie einem wahren Syphilom nahebringen. Es ist also nach B. festgestellt, dafs die Übertragung der Syphilis auf die Kornea des Kaninchens gelungen ist, und zwar noch an einem zweiten Kaninchen mit einer typischen Spirochäteninvasion des Gewebes und Erscheinen einer Läsion, die sehr stark an die luetischen Defekte erinnert.

Putzler-Danzig.

Zur Frage der Immunmachung gegen Syphilis, von Petrescu. (*Revista Stiintelor Medicale*, Bd. I.) Die Abhandlung gibt eine Übersicht über die unmittelbar vor der Entdeckung von Schaudinn und Hoffmann gemachten Forschungen (hauptsächlich diejenigen von Metchnikoff und Roux) über diesen Gegenstand. Bringt nichts Neues. *C. Müller-Genf.*

Zur Frühdiagnose des syphilitischen Primäraffektes, von Felix Danziger-Frankfurt a. M. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 42.) Verfasser sucht darauf hinzuwirken, dafs in jedem zweifelhaften Falle von Lues die Untersuchung auf Spirochäten vorgenommen wird, wie ihm selbst in fünf Fällen durch Anwesenheit der Spirochäten die Diagnose „Primäraffekt" zu stellen, die vorher höchst zweifelhaft war.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über einen neuen und konstanten bakteriologischen Befund beim ulcerierten harten Schanker, von Casagrandi. (*Soc. tra i cultori delle Sc. med. e natur. in Cagliari.* Febr. 1906.) Es handelt sich um eine Bakterienart, welche aus dem Blute von Syphilitikern in der primären Periode gewonnen wurde, jedoch erst, wenn der Schanker ulceriert war, während bei unversehrtem Syphilom der Befund stets ein negativer war. Der Pilz hat nichts gemein mit den zahlreichen anderen bei Lues vorgefundenen, wohl aber eine gewisse Ähnlichkeit mit dem diphteroiden Bacillus von Joseph, Piorkowsky, Paulsen. Der Verfasser schlägt vor, denselden die Bezeichnung Bacillus syphilomatis ulcerosi zu geben. Er hat ihn, jedoch ganz erfolglos, auf eine Reihe von Tieren inokuliert. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von multiplem Ulcera dura, von S. R. Mallory Kennedy-Pensacola. *Journ. americ. med. assoc.* 1906. Nr. 18.) Bei einem jungen Manne bestanden auf der Innenseite des Präputiums neun typische Ulcera dura. Die Untersuchung auf Ducreys Bacillus fiel negativ aus. Sekundäre Erscheinungen bestätigten die Diagnose.

Schourp-Danzig.

Doppelinfektion mit genitalem und extragenitalem Schanker — Chancre à distance, von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. (*Med. rec.* 12. August 1905.) Eine seit $^1/_4$ Jahr verheiratete Frau kam wegen einer seit etwa zwei Monaten bestehenden Rachenaffektion zur Behandlung. Die Untersuchung ergab ein grofses Ulcus der rechten Tonsille und des entsprechenden Teils der Zunge. Dasselbe war schon auf dem Wege der Heilung. Die Halsdrüsen waren auf beiden Seiten stark geschwollen. Eine weitere Untersuchung ergab ein grofses, hartes, gut ausgebildetes Primärsyphilid am rechten Labium maius. Nach der ganz bestimmten Aussage der Patientin war die Genitalläsion erst vor drei bis vier Wochen entstanden, jedenfalls mindestens einen Monat, nachdem sie die ersten Halsbeschwerden empfunden hatte.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Hypogastrische syphilitische Sklerose, von L. Strominger. (*Spitalul.* 1906. (Nr. 8.) Die Initialsklerose safs vier Querfinger oberhalb der Symphyse, bot alle

typischen Charaktere und wurde die Diagnose auch durch das Erscheinen von Roseolen und Tonsillarpapeln bestätigt. Die Behandlung bestand in Einspritzungen von Ol. griseum, und die Heilung wurde anstandslos erzielt. Die betreffende Lokalisation ist unter den extragenitalen Initialsklerosen im allgemeinen selten.

E. Toff-Braila.

Extragenitaler und urethraler Schanker, von Frank Crozer Knowles-Philadelphia. (*Journ. americ. med. assoc.* 1906. Nr. 18.) Bericht über je einen Fall von Primärsklerose am kleinen Finger, an der Brustwarze, in der Harnröhre 1½ Zoll hinter dem Meatus, und über zwei Fälle von Primärsklerose an der Unterlippe. In allen fünf Fällen wurde die gestellte Diagnose durch das Erscheinen sekundären Exanthems erhärtet. *Schourp-Danzig.*

Die extragenitale Syphilisinfektion speziell: Der Primäraffekt der Nase, von Hermann Löb. (Inaug.-Dissert. Würzburg, 1906.) In 71 Fällen findet sich in der Zusammenstellung des Verfassers der Infektionsmodus angegeben. 1. Durch den Finger als Überträger in 13 Fällen, wovon zweimal bei Ärzten nach Vaginaluntersuchung. — 2. Durch Kratzen in zehn Fällen. — 3. Durch Pflegen syphilitischer Kinder und Spielen mit ihnen in sieben Fällen. — 4. Durch Bifs in die Nase in sechs Fällen. — 5. Durch Perversität, Katheterisation der Tuba Eustachii, Schnupftabak, sekundär syphilitisches Individuum in je drei Fällen. — 6. Durch syphilitische Mutter bei der Geburt, Handtuch, Taschentuch, Fremdkörper in der Nase, Kufs, syphilitisches Familienmitglied (Frau usw.) in je zwei Fällen. — 7. Durch Faustschlag auf die Nase, Schlag mit Schlüssel, Bleistift, Rasieren, Bestreichen mit Speichel, Krankenpflege, syphilitische Mutter, Niesen ins Gesicht, gemeinsame Benutzung eines Gegenstandes, Fruchtwasser eines syphilitischen Kindes, Wäsche eines Syphilitikers in je einem Fall.

Der syphilitische Primäraffekt der Nase präsentiert sich in den mannigfaltigsten Formen und Symptomenkomplexen, welch letztere oft je nach dem Sitz und je nach der Individualität des Trägers ganz verschiedenartig sein können. Die Prognose ist genau so wie bei der extragenitalen Infektion überhaupt. Differentialdiagnostisch kommen in selteneren Fällen in Betracht: Rhinosklerom, Lupus und ähnliche Affektionen.

So leicht die Diagnose des Schankers der äufseren Nase ist, so schwierig, ja oft unmöglich ist es, ihn zu erkennen, wenn er an der hinteren Nasenmündung, den Choanen seinen Sitz hat. Am schwierigsten gestaltet sich die Differentialdiagnose zwischen syphilitischem Primäraffekt der Nase und Tuberkulose resp. Lupus. Diese Differentialdiagnose wird noch dadurch erschwert, dafs Lues und Lupus der Nase gleichzeitig bestehen können.

Verfasser schildert neun Fälle genauer und gibt dann eine Tabelle, welche 249 Fälle umfafst. Von diesen ist 119mal das Geschlecht angegeben: 79 männliche Patienten = 66,4% 40 weibliche = 33,6%. Was das Alter betrifft, so ist dasselbe in 78 Fällen angegeben:

0—14	Jahre	13	Fälle	= 16,4%,
15—30	„	37	„	= 47,4%,
31—50	„	20	„	= 25,6%,
über 50	„	8	„	= 10,6%.

In seinem Resumé sagt Verfasser: Die vorhergehende Darstellung läfst die klinische und volkshygienische Bedeutung des extragenitalen syphilitischen Primäraffekts zur Genüge ersehen. Ist schon die Zahl der bisher publizierten Fälle grofs genug, dafs ihr die gröfste Aufmerksamkeit zugewandt werden mufs, so repräsentiert sie doch nur einen Bruchteil der nicht publizierten, verkannten resp. der ärztlichen

Kenntnis sich entziehenden, extragenitalen Infektionen. Tatsächlich ist die Frequenz der extragenitalen Sklerose, bezw. der durch sie übertragenen Syphilis zu bedrohlicher Höhe angestiegen, die nicht wie bisher von fachmännischer, sondern auch von sanitätspolizeilicher Seite nach Gebühr berücksichtigt werden sollte. Berücksichtigt man, daſs der weitaus gröſste Teil der extragenital Infizierten schuldlose Opfer der schweren, viele Jahre dauernden Krankheit sind, so muſs die Einführung wirksamer Schutzmaſsregeln als ein Gebot der Menschlichkeit bezeichnet werden.

Fritz Loeb-München.

Ein Fall von seltener Lokalisation des Initialschankers, von J. Pacyna-Stanislau. (*Przeglad lekarski.* 1906. Nr. 25.) Patient meldete sich beim Verfasser mit starken Kopfschmerzen und einem frischen maculo-papulösem Exanthem des Gesichts und des Stammes, ohne die Infektionsquelle angeben zu können. Nach genauer Untersuchung fand Verfasser eine, insbesondere linksseitig ausgesprochene Schwellung der indolenten submaxillaren, sublingualen und cervikalen Lymphdrüsen und eine deutliche Verhärtung des linken Nasenflügels; im Nasenloch links war eine kleine Narbe sichtbar. Patient gab nun zu, vor einigen Wochen an einem heftigen Schnupfen gelitten und im Verlaufe desselben eine indolente kleine Ulceration im linken Nasenloch bemerkt zu haben. Nach durchgeführter Quecksilbertherapie schwanden sowohl die subjektiven Beschwerden, als auch das Exanthem und die Verhärtung des Nasenflügels. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Ein Fall von primärer Syphilis der Nase, von James J. Campbell-Chikago. (*Journ. americ. med. assoc.* 1906. Nr. 18.) Ein Arzt circumcidierte bei einem Patienten mit einer Primärsklerose des Präputiums; nach zwei Monaten wurde bei ihm ein luetischer Primäraffekt der rechten unteren Nasenmuschel festgestellt, dem 80 Tage nach der vermutlichen Infektion ein makulöses Exanthem am Unterleib folgte.

Schourp-Danzig.

Ein Fall von intranasalem Primärsyphilid mit Vortäuschung von Diphtherie, von J. D. Rolleston-London. (*Lancet.* 16. Juni 1906.) Ein 28jähriger verheirateter Mann kam mit der Diagnose Nasendiphtherie und der Bescheinigung, daſs im Nasensekret Diphtheriebazillen gefunden worden seien, zur Aufnahme. Es fand sich ein polymorphes Exanthem auf der Brust, und als die anfangs enorm geschwollene und entstellte Nase unter antisyphilitischer Behandlung etwas abgeschwollen war, so daſs eine genauere Untersuchung möglich wurde, konstatierte man ein charakteristisches Ulcus im rechten Nasenraum. Nebenbei waren Drüsenschwellungen unterm Unterkiefer und am Halse zu konstatieren. Wahrscheinlich war die Infektion durch Berühren des Naseninneren mit einem infizierten Finger erfolgt. Ähnliche Fälle sind auch von anderer Seite berichtet; doch hat R. im ganzen nur 59 auſser dem seinigen verzeichnet gefunden. Erwähnenswert ist noch, daſs bei Ulcus der Tonsille gelegentlich Bazillen gefunden wurden, genau wie die Klebs-Löfflerschen, nur daſs sie für Meerschweinchen nicht pathogen waren. Vielleicht hatten solche hier auch vorgelegen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Der syphilitische Primäraffekt an den Tonsillen, von Joseph Kaesbohrer. Zur Besprechung eingegangen. (Inaug.-Dissert. Würzburg. 1906.) Einleitend unterrichtet Verfasser in kurzen Zügen über die Geschichte der extragenitalen primären Affektion. Wir erfahren dabei, daſs Diday im Jahre 1861 zum erstenmal auf den Tonsillenschanker aufmerksam gemacht hat, und daſs daraufhin eine Reihe solcher Beobachtungen und Berichte darüber in der Literatur niedergelegt wurden. Besonders französische und russische Ärzte haben sich in dieser Beziehung hervorgetan. Des Verfassers kurze Angaben aus der Literatur zeigen, daſs der luetische Primäraffekt an den Tonsillen verhältnismäſsig häufig vorkommt. In ätiologischer Beziehung ist

zuerst an die perverse Geschlechtsbefriedigung, den Coitus per os oder Cunnilingus gedacht worden; diesem Infektionsmodus kommt aber nach dem Befund der meisten Autoren nur eine geringe Rolle zu. Verfasser fand ihn unter 290 Fällen, die er zusammengestellt hat, nur siebenmal. Eine weitaus häufigere und sehr oft angegebene Ursache dieser Erkrankung ist das Küssen, besonders das intensive Küssen. Ein weiterer Umstand zur Übertragung und Verbreitung der Primäraffekte der Tonsillen ist das Zusammenleben in der Familie oder das Zusammenleben mehrerer Familien in einem gemeinsamen Haushalte. Die gemeinsam benutzten Geräte und Gefäfse sind hier die Träger und Verbreiter des syphilitischen Giftes. Ebenso geht aus der Statistik hervor, dafs die gemeinsame Benutzung von Gegenständen, wie sie im Berufs- oder Geschäftsleben gebraucht werden, wie Pfeifen und Zigarren, Bleistifte und Nägel, die von einer luetischen Person schon einmal in den Mund genommen worden waren, zur Erwerbung der Tonsillarsklerose führte. Bei Glasbläsern, bei denen die Glaspfeife von Mund zu Mund wandert, wurde diese Art von Infektion schon öfter beobachtet. Mütter und Pflegerinnen sind der Gefahr der Infektion durch die Mandeln in relativ hohem Mafse ausgesetzt. (Küsse, Probieren des Gummimundstückes der Saugflasche usw.) Dafs auch die Kinder selbst nicht selten hierdurch einen Mandelschanker acquierieren, ist leicht verständlich. In manchen Gegenden, in denen es Mode ist und als ein Akt der Höflichkeit angesehen wird, der besuchenden Freundin das Kind an die Brust zu legen, kommen Mandelschanker der Kleinen nicht selten vor. Weitere Arten der Übertragung des syphilitischen Virus auf die Mandeln sind u. a. das in manchen Gegenden übliche Saugen an den Brüsten stillender Weiber, um deren kleine Warzen zum Stillen tauglicher zu machen; das Kauen der Speisen durch die Pflegerinnen, bevor sie den Kindern in den Mund gegeben werden; schlecht und ungenügend gereinigte Instrumente bei operativen und sonstigen ärztlichen Eingriffen, Katheterisation der Tuba Eustachii, Tonsillotomie können, wie die Statistik lehrt, zur Übertragung des Giftes Anlafs geben.

In seinen weiteren Ausführungen verbreitet sich Verfasser über das Zustandekommen der eigentlichen Infektion, über die Wichtigkeit der Kenntnis dieser extragenitalen Syphilisübertragung, deren hygienische Bedeutung und über das klinische Verhalten. Es werden folgende Punkte als besonders wichtig für die Diagnose des Tonsillenschankers aufgestellt:

1. Der Primäraffekt der Tonsillen beginnt mit leichtem Unbehagen und Schluckbeschwerden. Es können aber auch hohes Fieber und schwere Krankheitserscheinungen auftreten.

2. Es besteht für gewöhnlich starke Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen, besonders der Submaxillar- und seitlichen Halsdrüsen. Diese Drüsen sind prall, hart und indolent.

3. Die übrigen Lymphdrüsen des Körpers sind um diese Zeit gewöhnlich noch nicht affiziert.

4. Im Rachen ist eine scharf abgegrenzte einseitige Rötung zu konstatieren, die der Seite der Sklerose entspricht und dem Rachen ein typisches Aussehen verleiht.

5. Ist die Tonsille unversehrt, dann ist sie stark gerötet bis dunkelkirschrot, intensiv geschwollen und auf Druck schmerzhaft.

6. Die zerfallenden Geschwüre der Mandeln haben meist ein zerklüftetes, kraterförmiges Aussehen, die Ränder sind unregelmäfsig, zackig, oft wallartig aufgeworfen, der Grund ist speckig belegt. Oft findet sich noch ein Belag von gräulichem, gangränösem Aussehen.

7. Im Grunde ist in den meisten Fällen Induration zu fühlen, an den Rändern

der Geschwüre ebenfalls, wodurch für den palpierenden Finger das Gefühl eines Ringes entsteht.

Dazu käme dann noch zur Sicherstellung der Diagnose:

8. Das Fehlen irgendeiner anderen Initialsklerose, besonders an den Genitalien und

9. Das Auftreten von sekundären Erscheinungen, die dann die Diagnose sicherstellen.

Weiter stellt Verfasser noch eine Reihe wichtiger klinischer Tatsachen zusammen, die die Differentialdiagnose zwischen Tonsillenschanker, Angina, Diphtherie, exulcerierten Plaques muqueuses, ulceriertem Gumma, weichem Schanker, Tuberkulose, ferner malignen Tumoren erleichtern.

Seite 24—51 sind von einer grofsen Tabelle ausgefüllt, welche die vom Verfasser übersichtlich gruppierten 290 Fälle aus der Literatur nach Geschlecht, Alter, Beschäftigung, Art der Infektion, Form und Sitz, Literatur, Bemerkungen, geordnet enthält.

Bei diesen 290 Fällen ist 162mal der Sitz an den Tonsillen genau angegeben. Von fast allen Autoren wird die rechte Tonsille als der häufigste Sitz des Affektes angegeben.

Nach den Angaben französischer Autoren ist das männliche Geschlecht mehr betroffen als das weibliche. Nicht französische Forscher kommen zum gegenteiligen Ergebnis. In den 290 Fällen handelte es sich 24mal um Kinder bis zum zwölften Jahr.

Bezüglich der Prognose des Mandelschankers ist durchschnittlich durch nichts angedeutet oder gesagt, dafs gerade bei diesem der spätere Verlauf ein schlimmerer gewesen ist, als bei der genitalen Affektion. Eine Reihe von Tatsachen mahnt aber doch, die Prognose des Mandelschankers nicht zu günstig zu stellen.

In therapeutischer, prophylaktischer und damit sozialer Hinsicht ist die Kenntnis der beschriebenen Affektion von gröfster Bedeutung und die Arbeit Kaesbohrers als eine verdienstliche zu bezeichnen. *Fritz Loeb-München.*

Über den syphilitischen Zungenschanker (Statistik und Prozentverhältnis), von René Cariveno. (*Thèse de Paris.* 1905.) *Fritz Loeb-München.*

Die Syphilitiker, von E. Jeanselme. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 25.) J. demonstrierte unter anderm eine Frau, bei der sich drei Wochen nach dem Auftreten eines Primäraffektes am linken Oberlid eine zweite Sklerose an korrespondierender Stelle des Unterlids entwickelt hatte. Derartige Fälle beweisen, dafs die luetische Allgemeininfektion erst geraume Zeit nach dem Sichtbarwerden des Primäraffektes zur Tatsache wird; wenn es also während dieser Zeit gelänge, die Spirochäten zu vernichten, so würde die Syphilis eine einfache Lokalläsion. *Götz-München.*

Über frühzeitigen Eintritt der Sekundärperiode nach gewissen extragenitalen Schankern. Schanker der Wangenschleimhaut, von Raoul Luisi. (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 39.) *Fritz Loeb-München.*

Zwei Fälle von ungewöhnlich schwerer Hautaffektion, von Heubner-Berlin. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 35.) Fall I betrifft ein Kind, welches mit einem syphilisähnlichen Exanthem und Erosionen am After aufgenommen wurde, später entstanden kleine Effloreszenzen am Kopf, Nacken. Das Kind wurde mit Sublimatinjektionen behandelt, das Exanthem schwand, dagegen zeigten sich Knötchen und später Nekrosen am Gesäfs, dabei bestand Fieber. Es sah aus wie Ekthyma kachecticum. Enteritis trat auf mit Typhusbazillen.

Ein zweiter Fall war ähnlich und es handelte sich ebenfalls um gangränöse Geschwüre.

In der Diskussion fragt Finkelstein, ob im Fall II irgendwo Pyocyaneus nach-

gewiesen wurde. Roscher meint, die Geschwüre machten den Eindruck einer Lues maligna, bei der oft Quecksilber versagt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Beitrag zum Studium der Syphiloderma pigmentarium primitivum, von G. Ronchi. (*Rif. med.* 1906. Nr. 27.) Während der sekundären Periode der Lues beobachtet man zuweilen eine Veränderung des Hautpigments, die in dem Auftreten von hyperpigmentierten Plaques besteht, welche von normal pigmentierter Haut umgeben sind; diese Plaques sind besonders am Halse, zuweilen auch über den Rumpf und die Gliedmafsen lokalisiert. Diese Pigmentanomalie tritt an den genannten Stellen primär auf, d. h. ohne dafs andere Erscheinungen vorausgegangen, weshalb die im Titel angeführte Bezeichnung dem Verfasser die geeignetste erscheint.

C. Müller-Genf.

Verschiedenes.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten durch die Krankenkassen. Vortrag, gehalten in Erfurt am 24. Juni 1906 in der Generalversammlung des Verbandes der Ortskrankenkassen im Bezirk der Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt, von Reinhold Ledermann - Berlin. (Druck von W. Pfannkuch - Magdeburg.) Ein ausgezeichneter Vortrag, der weiteste Verbreitung unter den Vorständen der Krankenkassen verdient, aber auch für Ärzte von grofsem Interesse ist. Freilich, nicht alles, was L. vorschlägt, wird sich so leicht in die Tat umsetzen lassen. Die von ihm schon früher empfohlene Errichtung von „ambulanten Behandlungsstätten für geschlechtskranke Kassenmitglieder", die, zugleich als moderne Badeanstalten ausgestattet, arbeitsfähigen sowie arbeitsunfähigen, aber nicht in Spitalbehandlung stehenden Patienten Gelegenheit zur Einholung spezialärztlichen Rates und zur Vornahme von therapeutischen Mafsnahmen und von Badeprozeduren jeder Art bieten, für arbeitsfähige Syphilitiker aber Räume zur Ausführung der Schmierkur unter sachkundiger Leitung und gleichzeitig zum Übernachten enthalten sollten, die Errichtung und der Betrieb solcher Anstalten dürfte doch recht erhebliche Schwierigkeiten verursachen, und überdies erscheint es durchaus nicht sicher, dafs sich die Kranken zur Frequentierung dieser Krankenkassen-Polikliniken entschliefsen würden. Weitere Anregungen und Vorschläge L.s beziehen sich auf die Einweisung gewisser Kategorien von Geschlechtskranken in die Krankenhäuser, auf die Mitwirkung einer zweckmäfsig funktionierenden Krankenkontrolle bei der Entscheidung über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung, auf die mikroskopische Untersuchung von Harnröhrensekreten in wissenschaftlichen Instituten und die Gewährung zeitlich unbeschränkter Behandlungsmöglichkeit Geschlechtskranker auf Kosten der Kassen, die Verbreitung von Aufklärung über Natur und Gefahren der Geschlechtskrankheiten durch Vorträge und Merkblätter, die Förderung der Abstinenzbewegung und der Gründung von Ledigenheimen, auf die Warnung vor der strafbaren Übertragung von Geschlechtskrankheiten auf Gesinde, eine Warnung, die mittels Stempels den Krankenscheinen der geschlechtskranken Kassenmitglieder aufgedruckt werden sollte. All das kann ohne Bedenken und ohne Einschränkung gutgeheifsen und praktisch ausgeführt werden und dürfte dann in dem schweren Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten nicht ohne Wirkung bleiben. *Götz-München.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 44. № 3. 1. Februar 1907.

Beiträge zur Pigmentfrage.

Von

E. Meirowsky-Graudenz.

V.

Über den Pigmentierungsvorgang bei der Regeneration der Epidermis nach der Finsenbestrahlung nebst Bemerkungen über Albinismus und Cutispigment.

Mit einer Tafel.

Bekanntlich hat die Bestrahlung mit der Finsenlampe eine lang anhaltende, nur auf die bestrahlte Hautstelle beschränkte und nach dem Grad der individuellen Pigmentbildungsfähigkeit stärker oder schwächer ausgebildete Hyperpigmentierung zur Folge.

Da diese hyperpigmentierte Hautstelle während ihrer Entstehung zunächst eine Zeitlang pigmentfrei ist, läfst sich an ihr der Vorgang der Pigmentbildung gut verfolgen. Dieses Objekt ist aber noch aus mehreren anderen Gründen zu Pigmentstudien geeignet. Bei der Regeneration der Epidermis nach der Finsenbestrahlung tritt nämlich, wie alle Untersucher dieses Gegenstandes einstimmig angeben, zunächst eine Hyperkeratose ein. Wir haben hier also eine hohe Epidermis mit grofsen und auseinanderstehenden Zellen, so dafs wir die Beziehungen der einzelnen Bestandteile der Zelle zur Pigmentbildung genauer als an anderem Material verfolgen können. Exzidieren wir zur richtigen Zeit und verfügen über ein grofses Material, so lassen sich an diesen Objekten alle Stadien der Pigmententwicklung verfolgen. Schliefslich sind sie wegen der durch die Finsenbestrahlung hervorgerufenen Neubildung von Spindelzellen und Cutispigment ganz besonders dazu geeignet, die Beteiligung der Cutiselemente an der Pigmentbildung der Epidermis zu studieren.

Die chemischen Strahlen rufen bekanntlich eine Nekrose derselben hervor. Die nekrotisierte Epidermis wird durch eine Blase abgehoben. Findet die Abhebung in der Mitte der Epidermis statt, dann werden die

unter der Blase liegenden nekrotischen Teile durch die neugebildete Epidermis abgedrängt und zur Bildung des Schorfes verwendet.

Untersucht man diese ersten Stadien, so sieht man, wie sich von der Seite her das Epithel unter die nekrotisierte Schicht herunterschiebt. Es besteht aus großen, in lebhafter Teilung befindlichen Zellen, von denen eine der anderen gleicht. Nirgends ist während dieses Stadiums eine Spur von Pigment sichtbar, und keine der neu entstandenen Zellen zeichnet sich durch irgend ein Merkmal vor den anderen aus. Dagegen sehen wir schon jetzt eine Erscheinung unsere Aufmerksamkeit fesseln: Teils in der Cutis, teils in der neugebildeten, erst aus ein bis zwei Schichten bestehenden Epidermis, teils an der Grenze beider liegen langgestreckte Zellen. Ihr Zellleib ist schmal; der bei Anwendung der PAPPENHEIM-UNNAschen Methode blau gefärbte Kern trägt ein kleines, rot gefärbtes Kernkörperchen. Ihrem ganzen Aussehen nach müssen sie als Spindelzellen bezeichnet werden. Zur Gewißheit wird diese Vermutung, wenn man Präparate durchmustert, die von tätowierter Haut herrühren. Ich habe in meiner Arbeit über die Wirkung des Finsenlichtes auf die normale und tätowierte Haut gezeigt, daß es hauptsächlich Spindelzellen sind, die sich mit Farbstoffkörnchen beladen und diese durch die nekrotisierte Epidermis nach außen transportieren. Dieser Forttransport findet, wenn auch in schwächerem Maße, zu der Zeit statt, in der sich die Epidermis neu bildet. Diese Spindelzellen dringen teils ohne, teils mit Tätowierungskörnchen, teils mit Pigment und Tätowierungskörnchen beladen in die neugebildete Epidermis ein. Sie liegen hier hauptsächlich in den Lymphspalten und passen diesen ihre Form an; in ihnen verzweigen sich immer nur ihre zarten Ausläufer. Ich habe jedoch keinen Anhaltspunkt dafür gefunden, daß diese Zellen ihr Pigment mit Hilfe ihrer Fortsätze an die Epithelzellen abgeben. Ihre Tätigkeit scheint mit ihrem Eindringen in die Epidermis abgeschlossen zu sein. Ihre Zahl ist nicht groß; jedoch findet man sie ungefähr in der Hälfte aller Präparate. In meinem vierten Beitrag zur Pigmentfrage (1) glaube ich bewiesen zu haben, daß diese Spindelzellen nicht selbständig ihr Pigment bilden, sondern daß sie als Ablagerungsdepots für das innerhalb der kleinsten Gefäße und der Lymphspalten aus Blutfarbstoff gebildeten Cutispigment aufzufassen sind. Wir haben es hier also mit Gebilden zu tun, die wir gemäß ihrer physiologischen Bedeutung als Chromatophoren bezeichnen müßten. Außer diesen Spindelzellen dringen, wenn auch in spärlicher Zahl, Leukocyten in die neugebildete Epidermis ein. Es ist sehr wahrscheinlich, daß sie Pigment aus der Epidermis aufnehmen, denn hier und da schienen einige verzweigte, pigmentführende Gebilde in den höheren Zelllagen nicht Spindelzellen, sondern Leukocyten zu sein. Wir beobachten also zunächst das Eindringen von pigmentierten Spindelzellen in die neugebildete Epidermis,

bevor diese eine Pigmentierung aus ihren eigenen Gebilden erkennen läfst.

In Schnitten aus späteren Stadien sehen wir, wie sich einzelne Epithelzellen, die meist der basalen Reihe angehören, mitunter aber auch einer höheren Zelllage, aus dem Komplex der anderen herausheben.

Es entsteht um die betreffenden Zellen eine helle Zone; das Protoplasma ist bis auf einen schmalen Saum verschwunden. Zellen, in denen die Entwicklung weitergegangen ist, zeigen eine Verbreitung des Protoplasmasaumes, der nunmehr anfängt, einzelne distinkte Pigmentkörnchen zu zeigen. Allmählich bilden sich aus dem Protoplasmasaum Fortsätze, die durch die helle Zone in die Epidermis und in das darunter liegende Corium hineinziehen. Diese Zellen haben also Fortsätze bekommen, die, wie sich mit Bestimmheit sagen läfst, vom Protoplasma ausgehen und Pigment mit sich führen. Durch Beobachtung zahlreicher solcher Zellen läfst sich zeigen, dafs diese Fortsätze über die Zellen hinweggehen und dafs sie an ihrem Ende eine leichte, kolbige Anschwellung erkennen lassen (Fig. 10).

Spinngewebsartig schlängeln sie sich um die benachbarten Epithelzellen, ziehen an der Coriumepithelgrenze entlang, erstrecken sich teils bis zu der obersten Lage der Epidermis, teils bis in die Cutis hinein; ihre Länge übertrifft die Länge der basalen Zellen um das 1—15fache; die Fortsätze sind bald kurz und dick, bald lang und schmal. Das Pigment liegt nicht ungeordnet, sondern hauptsächlich am Rande des Fortsatzes. Gewöhnlich zweigen sich von der Zelle drei bis sechs Hauptstämme ab, von denen dann kleinere Fortsätze abgehen, die ihrerseits wieder neue Sprossen bilden können. Der Zellkörper hat bald eine runde oder langgestreckte Form; sie hängt von dem Zustand der Ruhe oder Tätigkeit ab, in der er sich befindet; je mehr Fortsätze von ihm ausgehen, je höher er liegt, desto länglicher wird er. Woher stammt nun das Pigment dieser Zellen? In einigen Fällen konnte ich beobachten, dafs Pigmentkomplexe im Kerne selbst lagen (Fig. 12). In anderen sah ich Nukleolarsubstanz neben dem Kern tropfenartig teils allein, teils zusammen mit Pigmentkörnchen im Protoplasmasaum liegen (Fig. 8). Figg. 8 und 9 zeigen, wie zwischen den Fortsätzen, die im Begriff sind, aus dem Protoplasma hervorzutreten, teils unverwandelte Kernkörperchenmassen, teils Pigmentkugeln umgewandelt sind. Dabei geht anscheinend die Kernkörperchensubstanz in einen Knäuel feiner Pigmentfäden über, nach deren Zerfall die Pigmentkörnchen ebenso wie die Kernkörperchenmassen von dem weiterströmenden Protoplasmafortsatz aufgenommen werden. So findet man im Protoplasmasaum neben braunen Körnchen auch rote. Setzt sich der Vorwärtsbewegung des Fortsatzes ein Hindernis entgegen, dann entsteht an seinem Ende eine kolbige Auftreibung, die sich wieder ausgleicht, wenn der Fortsatz weiter ausgestreckt wird. Möglicherweise kommt die Auf-

treibung auch nur dadurch zustande, daſs der Fortsatz, wie der einer Amöbe, weiterkriecht und sich dabei an seinem Ende verdickt, auch wenn ein Hindernis nicht vorhanden ist.

Der Modus der Pigmententstehung in diesen Zellen gleicht also dem in meinem zweiten Beitrag zur Pigmentfrage (2) beschriebenen: wir finden aus dem Kern ausgetretene Nukleolarsubstanz und daneben Pigmentkugeln von derselben Form, wir finden neben feinsten Pigmentkörnchen auch Körnchen, die sich tinktoriell als Kernkörperchensubstanz erweisen. Die einfachste Erklärung für diese Erscheinung kann nur darin liegen, daſs auch hier die Nukleolarsubstanz in Pigment umgewandelt wird. Eine andere Deutung kann ich für diese Erscheinung nicht auffinden. Es ist nun natürlich notwendig, und das wiederhole ich von neuem, zahlreiche Entwicklungsstadien während der Regeneration der Epidermis zu untersuchen. Nur dann wird man alle hier geschilderten Vorgänge wiederfinden.

Die verzweigten Pigmentzellen entwickeln sich also aus Epithelzellen, die am häufigsten der basalen Reihe angehören, mitunter aber auch einer höheren Zellage. Sie sind uns noch besonders dadurch als Zellgebilde charakterisiert, daſs ihre Kerne oft Kernteilungsfiguren (Fig. 1b) aufweisen, wie sie zuerst von Zimmermann (3) an den Pigmentzellen von Salamanderlarven aufgefunden wurden.

Die verzweigten Zellen der Epidermis stammen also von gewöhnlichen Epithelzellen ab. Eine Umwandlung aus Bindegewebszellen konnte niemals beobachtet werden. Ich werde hierauf noch einmal, nachdem ich die Ansichten der Autoren über diese Gebilde angeführt haben werde, zurückkommen und führe hier noch zwei weitere Beweise für meine Auffassung an: Untersucht man normale, leicht pigmentierte Haut, so findet man — darüber gibt es keine Kontroverse — das Pigment in den basalen Zellen der Epidermis. Diese Zellen werden doch von niemand für mesodermale Gebilde, für Bindegewebszellen oder für Leukocyten gehalten werden. Bestrahlt man nun aber solche Haut sehr energisch mit der Finsenlampe, so beobachtet man, wie ich in meinem dritten Beitrag (Die Entstehung des Oberhautpigments des Menschen aus der Substanz der Kernkörperchen) geschildert habe, daſs zahlreiche Zellen aus der basalen Reihe Fortsätze in das umliegende Gewebe entsenden. Wir sehen also wieder, wie bei der Regeneration nach der Finsenbestrahlung, wie sich aus basalen Epithelzellen Pigmentzellen mit Fortsätzen entwickeln, also aus denselben Zellen, für deren Auffassung als Leukocyten, Bindegewebszellen usw., wie aus der Literatur hervorgehen wird, zahlreiche Autoren eingetreten sind. Schlieſslich weise ich noch darauf hin, daſs auch bei der Regeneration des Narbenepithels nach der Finsenbestrahlung Pigmentzellen mit Ausläufern in der Epidermis auftreten neben Spindelzellen, die mit Pigment beladen aus der Cutis in die

Epidermis einwandern. Hier können sie nur von Epithelzellen hergeleitet werden, sie können im besonderen nicht Melanoblasten im Sinne EHRMANNS sein, denn bei der Narbe sind die Papillen zerstört und mit ihr die Melanoblasten, ohne die es nach EHRMANN keine Pigmentbildung gibt (siehe meinen dritten Beitrag [4]).

Über die Natur dieser Zellen können wir noch folgendes sagen:

Wir haben bisher zwei analoge Phänomene beobachtet: 1. Aus basalen, leicht pigmentierten Zellen der Epidermis solcher Personen, deren individuelle Fähigkeit zur Pigmentbildung gut ausgeprägt ist, entwickeln sich Pigmentzellen mit Fortsätzen. Sie haben also die Eigenschaft, Fortsätze auszusenden. 2. Bei der Regeneration der Haut nach der Finsenbestrahlung entwickeln sich ebenfalls aus basalen Zellen solche mit kurzen und langen Fortsätzen; diese Zellen haben also wiederum die Eigenschaft, Fortsätze auszusenden. Untersucht man nun Haut, in der bei der Regeneration nach dem Stadium der Hyperkeratose wieder das der normal breiten Epidermis erreicht ist, so sind die Fortsätze der Zellen der basalen Reihe verschwunden, und wir finden nur gewöhnliche, stark pigmentierte, basale Epithelzellen. Wo sind die Fortsätze geblieben? Hat sie der Zellkörper eingezogen? Sind sie von anderen Zellen aufgenommen worden? Solange man annehmen zu müssen glaubte, daſs das Pigment der Oberhaut nur in der Cutis gebildet und in die Oberhaut eingeschleppt werde, wurden die Wege gesucht, auf denen dieser Vorgang stattfindet, oder die Gebilde, die den Transport vollzogen. Zu diesen rechnete man auch die Fortsätze der Pigmentzellen. J. HALPERN (5), der eine zutreffende Schilderung der Pigmentzellen des Negers gibt, schreibt darüber folgendes: „Man hätte sich also zwei Modi der Aufnahme des Pigments von seiten der Retezellen vorzustellen: 1. Aufnahme des durch Zerfließsen der Wanderzellen und ihrer Ausläufer (unter der Einwirkung der Retezellen?) in den Intercellularräumen freigewordenen Pigments, und 2. Aufnahme von Teilen des Protoplasmas der Wanderzellen, vielleicht sogar ein Verschmelzen ganzer Zellen mit Epidermiszellen." Auch KARG (6) kommt zu demselben Schlusse und schreibt S. 386: „Theoretische Erwägungen muſsten zu der Überzeugung führen, daſs das innerhalb der Epithelzellen auftretende Pigment durch ein Überwandern aus den Ausläufern der Pigmentzellen oder ein Eindringen derselben in die Epithelzellen abgelagert werde. Ich habe mich deshalb bemüht, die Endigung der schwarzen Ausläufer in den Epithelien aufzusuchen. Was ich in dieser Beziehung eruiert habe, ist folgendes: Entweder der Ausläufer endet (Fig. 8), sich in seinem oberen Teil etwas umbiegend, in einer knopfförmigen Anschwellung. Eine in seiner Nähe befindliche Epithelzelle enthält dann eine Menge feiner Pigmentkörnchen, die in Form eines Zerstreuungskegels von dem Ausläufer auszugehen scheinen. Bei diesem Verhalten erhält man den Eindruck,

als wenn das Knöpfchen geplatzt wäre und seinen Inhalt in die Epithelzelle eingestreut hätte. Oder der häufigere Modus (Fig. 9), der Ausläufer schmiegt sich auf einer größeren Strecke der Epithelzelle an. Sein Ende zerfließt und löst sich in Körnchen auf, welche im Protoplasma der Zellen liegen. Die Epithelzelle scheint aktiv die Bestandteile des schwarzen Ausläufers in sich aufzunehmen.“ Dieser Autor vergleicht dann diese Aufnahmefähigkeit der Epithelzellen mit der der Bindegewebszellen für Mikroorganismen. Dieser Auffassung Halperns und Kargs halte ich folgendes entgegen: In meinen Präparaten habe ich niemals ein Zerfließen der Ausläufer der Pigmentzellen und deren Übergang in Epithelzellen gesehen. Das, was diese Autoren beschreiben und was besonders Karg in seiner Fig. 8 abbildet, stellt nicht das knopfförmige Ende eines Ausläufers, sondern eine Pigmentkugel dar, die in feine Pigmentkörnchen zerfällt.

Ich kann also nicht annehmen, daß diese Fortsätze zerfallen, da die von den Autoren als Auflösungsprodukte derselben gedeuteten Gebilde anders erklärt werden können. Dann wird aber die Möglichkeit diskutierbar, ob nicht die Fortsätze wieder von ihrem Zellkörper eingezogen werden können. Diese Annahme wird durch folgendes Experiment wahrscheinlich gemacht: Bestrahlt man eine kleine, normal pigmentierte Hautstelle zirka zwei Stunden lang mit der Finsenlampe, wartet die Vollendung der Regeneration ab und bestrahlt nun wieder diese Stelle, so finden wir in diesem Stückchen nach der Exzision desselben wiederum Zellen mit langen Ausläufern in der basalen Reihe. Das Schicksal dieser Stelle war folgendes: Nach der blasigen Abhebung der alten Epidermis traten bei der Regeneration der neuen Oberhaut Zellen mit Ausläufern auf; nach dem Stadium der Hyperkeratose waren sie verschwunden und ihre Stelle nahmen gewöhnliche basale Zellen ein. Bei einer neuen Bestrahlung treten sie wieder von neuem auf. Würden wir nun annehmen, daß sie vorher zerfallen wären, so müßten wir weiter zu der unwahrscheinlichen Hypothese greifen, daß es in der Epidermis Zellen gäbe, die die Eigenschaft haben, Fortsätze auszusenden, abzustoßen und wieder neu zu bilden. Selbst wenn das nun schon für die langen Ausläufer gelten würde, dann könnte diese Annahme nicht für die kurzen, gerade aus der Zelle herauswachsenden Fortsätze gelten. Die Wahrscheinlichkeit spricht also dafür, daß die Zellen ihre Fortsätze eingezogen haben, weil der Reiz fehlte, der sie aus ihrem Ruhezustande zur Tätigkeit anregte, nämlich das Licht.

Nun wird aber die Frage angeregt, ob hier nicht tiefgehende Analogien mit den echten „Chromatophoren“ der niederen Tiere vorliegen. Als Chromatophoren bezeichnete R. Wagner (7) die großen kontraktilen Farbzellen der Cephalopoden, Brücke (9) die Pigmentzellen in der Cutis der Chamäleons, Virchow (10) die großen pigmentierten Zellen in der Cutis des Frosches. In der Oberhaut wurden diese verzweigten Pigment-

zellen von S. SIMON (17) bei Schweineembryonen, von R. REMAK (14) bei Menschenembryonen, von F. E. SCHULTZE (13) bei Fischen und Amphibienlarven und von LEYDIG (14) und von H. MÜLLER (15) bei Amphibien, Fischen und bei der Ratte gefunden. Der letzte Autor beobachtete an ihnen auch Bewegungserscheinungen. Die Einflüsse der Nerven, des Lichtes, der Wärme und chemischer Reize auf die Pigmentzellen des Frosches stellte zuletzt EHRMANN (16) fest und kam zu dem Schlufs, dafs es sich bei der Bewegung der Pigmentzellen nicht nur um ein Einziehen und Ausstrecken der Fortsätze handelt, sondern auch um eine innere protoplasmatische und zwar gesetzmäfsig verlaufende, eine innere Organisation der Pigmentzellen voraussetzende Bewegung. Wie ich bereits angedeutet habe, liegt dem Ausstrecken der Fortsätze der Pigmentzellen die der Oberhaut des Menschen ebenfalls eine Bewegung im Protoplasma und eine Bewegung des Pigments selber (s. S. 113) zugrunde. Danach sind die Analogien zwischen unseren Pigmentzellen in der Oberhaut und den „Chromatophoren“ der niederen Tiere tatsächlich tiefer gehende, als bisher angenommen wurde. Ich will keine festen Schlüsse aus dem Gesagten ziehen, sondern nur die Diskussion dieser interessanten Frage angeregt haben.. Dabei verhehle ich mir nicht die Schwierigkeit, aus den Bildern, in denen verschiedene Bewegungsphasen durch die Fixierung festgehalten werden, Schlüsse auf die Bewegung selbst zu ziehen. Einen anderen Weg aber gibt es beim Menschen nicht, da wir nicht wie am Frosch und niederen Tieren die Bewegung der lebenden Zelle unter dem Mikroskop beobachten können.

In der Biologie ist es durchaus kein unbekanntes Phänomen, dafs Zellen, die vom Ektoderm abstammen, Fortsätze besitzen, welche ausgestreckt und eingezogen werden können. Die Analogie ist bezüglich der Bewegung in den Zellen der Pigmentepithelschicht der Retina eine nahezu vollkommene. Diese können ihre Fortsätze dem Lichte entgegenstrecken und sie im Dunkeln wieder einziehen. In der Haut sowohl wie in der Pigmentepithelschicht der Retina gehen die Fortsätze vom Protoplasma aus; in beiden macht das Pigment selbst eine Bewegung durch. Es verbinden sich also bei beiden Erscheinungen neben einer inneren Strömung des Protoplasmas auch eine Bewegung des Pigments (s. S. 113).

Ungefähr gleichzeitig mit der Entwicklung der geschilderten Pigmentzellen aus gewöhnlichen basalen Epithelzellen beobachten wir in den höheren Lagen der Epidermis einen ähnlichen Modus der Pigmentbildung. Wir sehen, dafs einzelne Kerne an einer Seite eine Ausbuchtung zeigen, in der entweder ausgetretene Kernkörperchensubstanz oder Pigmentkugeln liegen (Fig. 1 f.), dafs andere Kerne hier und da eine Kraterbildung aufweisen, der entweder Pigmentkörnchen oder Nukleolarmassen oder beide gleichzeitig entströmen. Wir beobachten ferner den Austritt von Pigment-

kugeln oder Kernkörperchen aus dem Kern in das Protoplasma (Fig. 4, 5, 6, 7). Der Pigmentierungsvorgang an diesen Zellen ist also derselbe, wie wir ihn bei direkter Belichtung normaler Haut mit der Finsenlampe gefunden haben. An diesen Präparaten zeigt sich nun noch eine weitere Eigenschaft der Kernkörperchensubstanz. Kernkörperchenmassen treten nämlich nicht nur aus dem Kern, sondern auch aus der Zelle aus, und liegen einzeln oder zu mehreren in den Lymphräumen zwischen den Epithelzellen. Mitunter zeigten diese Massen eine zentrale Vakuole und zerfielen in zwei Hälften, von denen sich jede in ein feines Netz kleinster Pigmentkörnchen auflöste. Solche Gebilde schienen mit anderen Kernkörperchenmassen, die dieselbe Umwandlung durchgemacht hatten, in Verbindung zu treten und bildeten schliefslich perlschnurartige Ketten, die als einheitliche Figuren den Lymphraum ausfüllten.

Man könnte nun annehmen, dafs diese direkt aus der Lymphe entstanden wären. Wäre diese Auffassung richtig, dann müfste man diesen Vorgang überall da finden, wo Lymphe vorhanden ist. Das ist aber nicht der Fall, sondern der geschilderten Erscheinung geht stets der Austritt von Kernkörperchenmassen aus dem Kern voran. Dafs es sich nicht um Protoplasmabestandteile, sondern um Kernbestandteile handelt, läfst sich besonders deutlich zeigen, wenn man der Färbung mit der Pappenheim-Unnaschen Lösung eine solche mit neutralem Orcein vorausschickt. Dann nimmt das Protoplasma die Orceinfärbung an, während sich der Kern blaugrün und die Kernkörperchensubstanz rot färbt. Dabei erwähne ich, dafs die geschilderten Erscheinungen nur dann deutlich hervortreten, wenn die Präparate solange in absolutem Alkohol differenziert werden, bis sie keinen Farbstoff mehr abgeben. In der genauen Übereinstimmung der Farbe der in den Lymphräumen liegenden Gebilde mit der der Kernkörperchen liegt ein weiterer Beweis für die Identität beider Gebilde. Leider ist der Erfolg dieser Färbung aus Gründen, die mir unbekannt blieben, nicht konstant. Dafs die Auffassung jener in den Intercellularräumen liegenden Gebilde als Nukleolarsubstanz richtig ist, geht jedoch unzweideutig aus den Bildern hervor, in denen die Nukleolarsubstanz bei ihrem Austritt oder ihrer Ausstofsung aus dem Kern getroffen wird. Wir sehen sie im Kern liegen, neben dem Kern, im Protoplasma und schliefslich teils noch in der Zelle, teils im Intercellularraum und müssen hieraus den Schlufs ziehen, dafs die Nukleolarsubstanz nicht nur den Kern, sondern auch die Zelle verlassen kann. Wir finden also Ausfüllungen der Lymphspalten mit Kernkörperchensubstanz; wir finden nun weiter neben diesen bei Anwendung der Pappenheim-Unnaschen Methode rot gefärbten Massen auch solche von der Farbe des Pigments, die die-

selbe Form haben wie jene. Daraus schließen wir wieder, daß die Kernkörperchensubstanz in Pigment übergehen kann. Indem nun diese in den Intercellularräumen liegenden Gebilde ineinander fließen, entstehen Ausfüllungen der Lymphspalten mit Pigment. KROMAYER (17) hatte also Recht, als er aus theoretischen Gründen annahm, daß die Pigmentkörner eine geordnete Bewegung ausgeführt haben mußten, um aus der Zelle in den Lymphraum verlagert zu werden. Ich komme auf diese Erscheinung später noch einmal zurück.

Wir haben also bis jetzt bei der Regeneration der Epidermis nach der Finsenbestrahlung folgende Faktoren an der Pigmentbildung beteiligt gefunden:

1. das Eindringen von pigmentierten Spindelzellen und pigmentfreien Leukocyten im Beginn der Regeneration;
2. den Übergang von Epithelzellen in Pigmentzellen mit langen Fortsätzen;
3. die Umwandlung von Nukleolarsubstanz in Pigment in den anderen Epithelzellen;
4. die Bildung von Pigmentfiguren aus Kernkörperchenmassen, die bis in den Lymphraum ausgewandert sind.

Diese vier Faktoren, die die Hyperpigmentierung nach der Finsenbestrahlung ausmachen, bestehen eigentlich nur aus zwei verschiedenen Modifikationen: Die Cutis trägt zur Hyperpigmentierung bei, indem aus ihr pigmentierte Spindelzellen in die Epidermis einwandern, während das Pigment der Epidermis ein rein nukleolares ist und die drei letzten Modifikationen sich auf die erwähnte Eigenschaft der Kernkörperchensubstanz zurückführen lassen. Nun gibt es noch eine letzte Modifikation, die ich hier erwähnen muß, da sie dazu beiträgt, das Bild der Pigmentbildung zu verschleiern.

Wenn wir das Schicksal der Nukleolarsubstanz betrachten, müssen wir uns die Frage vorlegen, ob sie aktiv aus dem Kern auswandern kann oder passiv aus ihm ausgestoßen wird. Es ist sehr schwer, hierüber etwas absolut Sicheres zu sagen. Die von mir in meinem zweiten Beitrag (Band 43, Heft 4 *dieser Zeitschrift*) abgebildete Figur 3 schien mir wohl den Schluß zuzulassen, daß es sich hier um eine aktive Beweglichkeit handelt. Hierfür scheint mir nun noch ganz besonders das Verhalten der Nukleolarsubstanz im Intercellularraum zu sprechen. Wir finden nämlich hier neben groben Körnern längliche Figuren und schließlich völlige, die Lymphspalte ausfüllende Gebilde und müssen daraus schließen, daß die letzteren bei der Form durch Zusammenfließen aus der ersteren entstanden sein müssen. Eine solche Bildung kann aber nur zustandekommen, wenn die Nukleolarsubstanz sich bewegen oder „fließen" kann. Den Lymphstrom wird man jedenfalls nicht für die Bildung dieser Figuren

verantwortlich machen können, da ja dann das Auftreten der Übergangsbilder vom Körnchen zu einer die Lymphspalte ausfüllenden Figur unverständlich sein würde.

Nun konnten auch noch kürzere oder längere, gröbere und feinere Fortsätze beobachtet werden, die sich direkt auf ein im Kern oder aufserhalb desselben liegendes pigmentiertes Korn oder auch auf ein Kernkörperchen zurückführen liefsen. Das primäre Pigmentkorn, das nach unserer Auffassung aus der Nukleolarsubstanz entsteht, zeigt also dieselbe Eigenschaft wie die Muttersubstanz: es fliefst und bildet Pigmentfiguren. Dadurch nun, dafs die Fortsätze der echten Pigmentzellen, die Pigmentausgüsse der Lymphspalten und die eben geschilderten Pigmentfiguren miteinander in Verbindung treten, entstehen kompliziertere Pigmentfiguren, die sich in die angeführten Komponenten auflösen lassen. An diesen schien das Pigment mitunter in Form feinster Kristalle aufzutreten, wie sie von Post (18) bei der Regeneration der Taubenfeder und von Rabl (19) an dem Spürhaar des Kaninchens beschrieben wurden. Indessen ist es schwer, hierüber etwas absolut Sicheres auszusagen, da die Pigmentkörnchen beim Menschen überaus klein sind. In den Fortsätzen der verzweigten Pigmentzellen liegen die Pigmentkörnchen in einer protoplasmatischen Grundsubstanz. Wie verhalten sie sich nun in den geschilderten Pigmentfiguren? Bekanntlich hat Reinke (20) nachgewiesen, dafs das Pigment ein farbloses Vorstadium haben mufs und sich von seinem zurückbleibenden Stroma durch Depigmentierung mit H_2O_2 trennen läfst. Diese Lehre findet durch unsere Beobachtungen ihre Bestätigung. Sollte man annehmen, dafs die Grundsubstanz die Verbindung zwischen den einzelnen Pigmentkörnchen herstellt? Leider ist es vorläufig nicht möglich, über theoretische Vermutungen hinauszukommen.

In meinem zweiten Beitrag zur Pigmentfrage liefs ich die Frage offen, ob in den Zellen, die auf den Reiz des Lichtes der Lichtquelle weite Fortsätze entgegenstrecken, das Pigment dem Licht aktiv entgegenwandert oder passiv durch eine protoplasmatische Strömung nach ihm hingeführt wird.

Würden wir diesen letzten Modus allein annehmen, so wäre es unverständlich, warum sich die Pigmentkörnchen beim Ausstrecken der Fortsätze reihenförmig anordnen; sie müfsten dann doch kreuz und quer in der protoplasmatischen Grundsubstanz durcheinanderliegen. Ich verweise auf die Abbildungen in Graefe-Saemischs Handbuch der gesamten Augenheilkunde, 20. und 21. Lieferung (Artikel Prof. Greeff, Mikroskopische Anatomie der Sehnerven und der Netzhaut Fig. 27 (S. 93) und Tafel I, Fig. 6 B (S. 120). Es findet selbstverständlich aufserdem auch eine Bewegung im Protoplasma statt, da die Pigmentkörnchen in den von diesen ausgehenden Fortsätzen eingebettet liegen. Ganz analog ist der Vorgang in den Fortsätzen der epithelialen Pigmentzellen.

Auf den Zusammenhang zwischen Kernsubstanz und Pigmentbildung hat zuerst JARISCH (21) hingewiesen. Seine „pyrenogene" Substanz scheint mit der Substanz der Kernkörperchen identisch zu sein. EHRMANN (22) meint nun, mit Bestimmtheit einen solchen Zusammenhang ablehnen zu müssen und zwar deshalb, weil der Austritt von pyrenogener Substanz auch in Organen vorkommt, in denen niemals eine Pigmentbildung stattfindet, z. B. in der Linse, und weil die Möglichkeit vorliegt, daſs die pyrenogene Substanz das Pigment nicht bildet, sondern „aufnimmt". Da wir über die physiologischen Eigenschaften der Kernkörperchen so gut wie nichts wissen, ist es gar nicht unmöglich, daſs sie in anderen Organen andere Funktionen übernehmen, so daſs dieser Einwand EHRMANNS nicht stichhaltig sein kann. Wollten wir nun annehmen, daſs die pyrenogene Substanz das Pigment „aufnimmt" und nicht selbst bildet, so muſs es doch als geradezu wunderbar bezeichnet werden, daſs es nur von dieser und von keinem anderen Bestandteil der Zelle ausgeschieden wird. Es ist nicht einzusehen, warum nicht der gesamte Kern- oder der gesamte Protoplasmainhalt diese Funktion übernimmt. Wir würden uns mit einer solchen Annahme auf den Boden einer unwahrscheinlichen Hypothese stellen, gegen die auch mein in meinem ersten Beitrag (25) angeführtes Experiment spricht. Drückt man nämlich mit dem Druckglas der Finsenlampe das Blut fort, so findet trotz der aufgehobenen Zirkulation der Austritt von Nukleolarsubstanz und ihre Umwandlung in Pigment statt und zwar während der ein- bis zweistündigen Dauer des Versuches. Bei diesem Versuch könnte die Zelle nur die sie umspielende Lymphe aufgenommen haben. Würde diese aber Pigment bilden können, so müſste sie es auch einmal in den Lymphspalten tun können. Das nimmt aber EHRMANN selbst nicht einmal an, da er Pigmentbildung nur durch Zelltätigkeit anerkennt und zwar nur durch „Melanoblasten". Das sind aber nach seiner Meinung Zellen, die nichts mit Epithelzellen oder Cutisgebilden zu tun haben. Wie ist es also möglich, daſs in einer Epithelzelle der oberen Reihe einer Narbe, in welches es nach den Angaben EHRMANNS keine Melanoblasten gibt, dennoch Pigment entsteht? Woher sollte also die pyrenogene Substanz in diesem Falle ihr Pigment aufgenommen haben? Das Pigment wird also nicht von den Zellen der oberen Reihe „aufgenommen", sondern von der Substanz der Kernkörperchen gebildet. Das geht ganz klar auch daraus hervor, daſs man in den oberen Reihen der Epidermis eine Zelle neben der anderen pigmentiert findet, ohne daſs irgendwo in der Nähe der Fortsatz einer Pigmentzelle zu sehen ist. Ferner spricht mein in meinem ersten Beitrag (25) angeführter Versuch dafür: Bestrahlt man völlig blasse Haut mit der Finsenlampe, so findet man bei geeigneten Versuchspersonen eine Neubildung des Pigments nur in der Oberhaut, und zwar war in einigen Versuchen Zelle

neben Zelle in der basalen Reihe, wie in allen anderen, pigmentiert, ohne daſs auch nur ein einziger „Melanoblast“ im Sinne EHRMANNS aufzufinden war. In einigen Präparaten fanden sich auch in der Cutis Spuren von Pigment, die frei im Gewebe oder in Kapillaren und unabhängig von Zellen auftraten. Figur 14 stellt die Neubildung von Pigment in der Epidermis und Cutis nach einer fünfviertelstündigen Bestrahlung mit der Finsenlampe dar.

Wenn ich nun das Resultat dieser Untersuchung mit den Angaben der Autoren vergleiche, muſs ich darauf verzichten, dieses in einer ganz ausführlichen Weise zu tun. Es ist nämlich die Literatur über diesen Gegenstand auſserordentlich angeschwollen, und ich verweise deshalb auf die Zusammenstellungen von RABL (38), EHRMANN (22) und SCHWALBE (31). Die Erörterung dieser Frage ist nun noch dadurch besonders erschwert, daſs viele Autoren zu ihren Untersuchungen die Verhältnisse bei den Amphibien und Reptilien herangezogen haben, die aber durchaus nicht, wenigstens nach meiner Meinung, analoge Schlüsse für den Menschen zulassen.

Der Streit der Meinungen spitzt sich in folgenden Fragen zusammen:

1. Ist die Epithelzelle fähig zur Pigmentbildung oder erhält sie ihr Pigment aus der Cutis?
2. Sind die verzweigten Zellen der Epidermis (Chromatophoren oder Melanoblasten) Spindelzellen, Epithelzellen oder Zellen sui generis, oder sind sie überhaupt keine Zellen?

Die erste Frage ist in den früheren Beiträgen erörtert; ich werde hier nur einige Momente anführen, die die Fähigkeit der Epithelzelle zur Pigmentbildung beweisen.

GARCIA (26) beobachtete, daſs die erste Pigmentierung der Embryonalhaare des Menschen rein epithelial in den Zellen der Haarmatrix erfolgt.

RETTERER (27) konstatierte eine selbständige Pigmentbildung in den Epidermiszellen und Zellen der Haarmatrix bei Embryonen von Pferd und Esel.

JARISCH (28) fand an Schnurr- und Körperhaaren der Katze, Cilien, Schnurr- und Körperhaaren der Waldmaus und Schnurrhaaren der Hausmaus, die Haarpapille ausnahmslos pigmentfrei.

Nach PLUSCHKOFF (29) tritt in der Haut und in den Haaren von Säugetieren die Pigmentbildung zuerst in den Epithelzellen auf.

D. EVANT (30) wies bei Aplysia nach, daſs deren Embryonen farblos sind, während die erwachsenen Tiere Pigment nur in der Epidermis besitzen.

POST (18) stellte Versuche an schwarzgefiederten Tauben an und fand bei der Regeneration der Federn eine starke Pigmentproduktion in den Federkeimen ohne eine Beteiligung der Cutis.

Rabl (31) bestätigte diese Versuche.

Schwalbe (32—33) untersuchte den Farbenwechsel winterweißer Tiere. Während diese Tiere im Winter vollständig pigmentfrei sind, tritt bei der Neubildung der Haare im Sommer in diesen das Pigment ohne irgendwelche Beteiligung der Cutis auf.

Mertsching (34) versuchte die Herkunft des Oberhautpigments aus dem Kern zu beweisen.

Blaschko (35) gibt kurz an, daß das erste Pigment in den Sohlenballen schwarzweiß gefleckter Katzen in verzweigten Zellen auftritt, die zwischen den basalen Zellen des Epithels gelegen sind.

Caspary (36) fand in der pigmentierten Haut der Brustwarze und des Randes der Achselhöhle das Pigment nur in den basalen Zellen.

Grund (37) setzte die rasierte Haut von Kaninchen der Wirkung des Sonnenlichtes aus und beobachtete eine intensive Pigmentierung der Epidermis ohne eine Beteiligung der Cutis.

Ich selber (25) bestrahlte eine kleine Hautstelle beim Menschen mit der Finsenlampe unter gleichzeitigem Wegdruck des Blutes und beobachtete eine in den ersten zwei Stunden auftretende intensive Pigmentbildung der bestrahlten Stelle ohne eine Beteiligung der Cutis.

Kaposi (38) schließlich kam in seinem bekannten Vortrage auf dem X. internationalen medizinischen Kongreß zu dem Schluß, daß bezüglich vieler Pigmentierungsvorgänge eine chromatopoetische Funktion der basalen Retezellen annehmbar sei.

Die Gegner der epithelialen Entstehung des Oberhautpigments (v. Kölliker, Riehl, Aeby, Halpern, Karg usw.) sind der Meinung, daß das gesamte Oberhautpigment aus der Cutis stammt und in die Epidermis durch Wanderzellen transportiert wird.

Ehrmann (22) nahm an, daß das Pigment auf vorgebildetem Wege in die Epidermis „einströmt“.

Diese Theorien hatten besonders deshalb soviel Anhänger gefunden, weil in der Oberhaut verzweigte Zellen vorkommen, die von diesen Autoren teils für Leukocyten, teils für identisch mit den in der Cutis vorkommenden pigmentierten Bindegewebszellen gehalten wurden.

Es wird nun meine besondere Aufgabe sein, zu zeigen, daß diese Anschauung irrig ist und daß damit eine der Hauptstützen für die Annahme der Abstammung des Oberhautpigments aus der Cutis gefallen ist. Vorher werde ich jedoch die Ansichten der Autoren über diese Frage zum Teil wörtlich anführen.

Riehl (40) fand bei Untersuchung des menschlichen Haares das Pigment unterhalb der Papille an unregelmäßig verästelte Wanderzellen gebunden; er beschreibt diese Zellen folgendermaßen:

„Auf Querschnitten durch die Papille in ihrer größten Cirkumferenz

findet man bei den im Wachstum begriffenen Haaren in dem Papillargewebe eingeschobene, unregelmäſsig verästelte Zellen mit körnigen und stark pigmentiertem Protoplasma ohne deutlichen Kern. Die Zellen haben teils rundliche, teils spiralförmige Gestalt oder zeigen ganz unregelmäſsige Konturen, pigmentierte Wanderzellen. Ihr Pigmentgehalt schwankt ziemlich bedeutend in verschiedenen Zellen." RIEHL glaubt, daſs die pigmentführenden Zellen von der Umgebung der Gefäſse ihren Ausgangspunkt haben und in das Haar selbst einwandern.

AEBY (41) kam auf Grund ausgedehnter Untersuchungen an der äuſseren Haut, Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle, Haaren, Nägeln und Federn zu der Überzeugung, daſs im Epithel überhaupt kein Pigment gebildet wird, sondern daſs alles Pigment aus der Cutis stammt. Die Träger sind Wanderzellen, die sich zwischen die Epithelzellen einschieben und ihre Form der Umgebung anpassen, indem sie sich teils zu fadenförmigen Gebilden ausstrecken, so daſs sie ein zierliches Pigmentnetz bilden. Dieses Netz soll sich zu Bruchstücken auflösen, die von den Epithelzellen aufgenommen werden.

KÖLLIKER (42) schildert das Ergebnis seiner Untersuchungen an der Haut und den Haaren des Menschen, des Rindes, Dromedars usw. folgendermaſsen:

„In den Haaren und in der Epidermis entsteht das Pigment dadurch, daſs pigmentierte Bindegewebszellen hier aus der Haarpapille und dem Haarbalge, dort aus der Lederhaut zwischen die weichen tiefsten Epidermiselemente einwachsen oder einwandern. Hier verästeln sich dieselben mit feinen, zum Teil sehr langen Ausläufern in den Spalträumen zwischen den Zellen und dringen zuletzt auch in das Innere dieser Elemente ein, welche dadurch zu wirklichen Pigmentzellen werden. Fast ohne Ausnahme liegen die pigmentierten Bindegewebszellen in den tieferen Lagen der Keim- oder MALPIGHIschen Schicht, und wenn ein Epidermisgebilde in seiner ganzen Länge oder Dicke gefärbt ist, so haben die äuſseren Elemente ihren Farbstoff nicht in loco, sondern zu der Zeit erhalten, wo sie noch der Lederhaut nahe lagen." Andererseits betont v. KÖLLIKER ausdrücklich, daſs es auch eine Pigmentbildung in Elementen des Ektoderms gibt und führt als Beispiel die Pigmentepithelschicht der Retina und pigmentierte Nervenzellen an.

MEYERSON (43) faſste die verzweigten Pigmentzellen der Froschepidermis als „Melanocyten" auf.

„Aus der unregelmäſsigen Lage der verzweigten Zellen in der Froschepidermis, ihrem Vorkommen in der Cutis, im Blute und in der Leber schlieſse ich, daſs sie wandernde Melanocyten sind." Zum weiteren Beweise für diese Behauptung injizierte M. wässerige Aufschwemmungen einer sehr feinkörnigen Zinnobermasse täglich während drei bis vier

Wochen in den dorsalen Lymphsack von Fröschen. Es fanden sich dabei neben Pigmentkörperchen auch reichliche Zinnoberkörnchen innerhalb der Leukocyten. „Auch in der Epidermis konnte ich mehrfach an Schnitten, wie an Flächenbildern zinnoberhaltige Zellen nachweisen, die in Form und Gröfse mit den beschriebenen übereinstimmten. Zahlreich waren dieselben, wenn die Hautstelle chemisch oder durch eine Wunde gereizt war.“ — Gegen diese Schlufsfolgerungen macht Ehrmann (22) mit Recht geltend, dafs Meyerson den Nachweis der Umwandlung der Melanocyten in die verzweigten Pigmentzellen schuldig geblieben ist.

Karg (6) transplantierte Thierschsche Läppchen von der Haut eines Weifsen auf die Wundfläche eines Schwarzen und exzidierte die Hautstückchen nach vier, acht und zwölf Wochen. In derselben Weise verpflanzte er auch Hautstückchen eines Negers auf einen Weifsen. Im ersten Falle wurde das transplantierte Hautstückchen schwarz, im zweiten weifs. Seine Schlufsfolgerungen sind folgende:

„Kurz zusammengefafst, lehren die im vorhergehenden beschriebenen Präparate Folgendes über die Entwicklung und Bildung des Pigments in der Haut des Negers und in der transplantierten, ehemals weifsen Haut.

Die Beladung der Epithelien der Oberhaut und der Oberhautgebilde, z. B. der Haare, mit Pigment ist ausnahmslos ein sekundärer Vorgang.

Das Pigment wird den Epidermiszellen zugeführt durch Zellen, welche aus der Cutis stammen. Mit Leydig und Ehrmann nenne ich diese Zellen Chromatophoren.

Die Chromatophoren wandern in die Epidermis ein oder schicken wenigstens, auf der Grenze von Cutis und Epidermis liegen bleibend, zahlreiche Fortsätze in die intercellulären Gänge.

Diese pigmenthaltigen Fortsätze enden innerhalb von Epithelien, an welche sie ihr Pigment abgeben.

Die Aufnahme der Pigmentkörnchen durch die Epithelzellen müssen wir uns als eine Art Phagocytosis vorstellen. Die Epithelzelle zehrt den Fortsatz auf und assimiliert die Bestandteile desselben zu Teilen ihres eigenen Organismus. Den lebenden Epithelzellen kommt, wie dies Stricker am Epithel der Hornhaut erkannt und gelehrt hat, bis zu einem gewissen Grade Beweglichkeit zu. Sie erscheinen dadurch befähigt, sich an sie anlagernde fremde Körper zu umfliefsen und in sich aufzunehmen. Diese Aufnahme und Assimilation würde sich vergleichen lassen mit denjenigen Vorgängen, die wir an Amöben beobachten können. Wie diese einen fremden Körper umfliefsen, aufnehmen und verdauen, ähnlich auch die Epithelzellen.

Während der Ausläufer an seinem Ende von der Epithelzelle aufgezehrt wird, strömt infolge der in jeder Zelle vorhandenen Plasmaströmungen Material von dem Körper der Pigmentzelle nach, bis dasselbe erschöpft ist.

Die in das Epithel eindringenden Zellenausläufer, die wir uns lebend als aus weichen protoplasmatischen Massen bestehend denken müssen, innerhalb derer eine lebhafte Strömung der einzelnen Pigmentkörnchen stattfindet, schmiegen sich den Formen der zwischen den Epidermiszellen befindlichen intercellulären Gänge an, gewissermaßsen Ausgüsse derselben vorstellend.

Mit weniger Bestimmtheit können wir uns über die Natur der Pigmentzellen und über den Ort, wo sie das Pigment bereiten oder sich mit demselben beladen, aussprechen. Das eine wissen wir sicher, daſs es sich um Wanderzellen bindegewebiger Natur handelt, welche dem mittleren Keimblatt bezw. dem Parablasten entstammen.

Was den Ort der Bereitung des Pigments und seine Herkunft anlangt, so werde ich weiter unten auf einige Beobachtungen einzugehen haben, welche darauf hindeuten, daſs den Blutgefäſsen, vielleicht auch den Hämoglobin dabei eine Rolle zufallen dürfte.

Nach dieser Darstellung ist also die Pigmentinfiltration der Epidermis aufzufassen als ein Vorgang, bedingt durch die Einwanderung pigmentierter Zellen aus der Cutis."

Loeb (44) studierte die Pigmentfrage ebenfalls an transplantierter Haut und kam zu dem entgegengesetzten Resultat, daſs nämlich das Pigment in den Epithelzellen entsteht: „it is clearly shown that the pigmentation of skin has its origin in metabolic changes in the epithelalcells alone."

Gegen die Versuche Kargs ist von mehreren Seiten (Schwalbe, Post u. a.) das berechtigte Bedenken erhoben worden, daſs es sich möglicherweise gar nicht um den Pigmentierungsvorgang des transplantierten Hautstückchens, sondern um den bei der Regeneration der Negerepidermis handelt, da in jenem bei der ersten Exzision im Zentrum Degenerationserscheinungen aufgefunden wurden. Diesem Bedenken muſs ich mich anschlieſsen, um so mehr, als Kargs Abbildungen und Befunde denen von mir bei der Regeneration der Epidermis nach der Finsenbestrahlung erhobenen, fast ganz entsprechen. Nur meine Deutung muſs eine andere sein, da ich mich, wie die folgende Besprechung zeigen wird, von der eingewurzelten, althergebrachten Ansicht frei machen muſste, daſs die verzweigten Zellen der Epidermis identisch seien mit Bindegewebszellen, und daſs sie nur zu dem Zwecke existierten, um die oberen Epithelzellen mit Pigment zu versorgen.

Auch Giovanni (45) sieht die Pigmentation des Haares durch Wanderzellen für eine ausgemachte Sache an und findet sich mit dieser schwierigen Frage mit folgenden Worten ab: „Das Pigment des Haares scheint aus dem oberen Teil der Papille zu stammen, einer Zone, die ein wenig höher reicht, als der Körper der Papille seine gröſste Dichte zeigt und nahe bis

zu ihren Spitzen steigt. In den der Papille benachbarten Zellen des Haares sind die Pigmentkörnchen offenbar zwischen den Zellen gelagert. Unten bilden sie Fäden. Höher hinauf sind sie immer deutlicher in Haufen vereinigt, meist in die Länge gezogen, an Gestalt ungleich und mit einer wechselnden Zahl von Ausläufern versehen. Offenbar stellen diese Pigmenthäufchen nichts anderes als pigmentierte Wanderzellen dar."

Ehrmann (22) kam auf Grund embryologischer Untersuchungen zu der Überzeugung, dafs die verzweigten Zellen der Epidermis Zellen sui generis darstellen.

Die Melanoblasten der Epidermis wachsen als Abkömmlinge derer, die in der Cutis sich bilden, in die Oberhaut hinein, wie sie in die serösen Häute und in die Fascien der Muskel einwachsen. Die in der Epidermis eingewachsenen Melanoblasten wachsen und entwickeln sich selbständig weiter, sowohl in bezug auf Form als Gröfse. Der Ausdruck „Einwanderung" oder mit Beziehung auf das Pigment „Einschleppung" beruht auf einer landläufigen, aber falschen Vorstellung.

Die anatomischen Unterschiede, welche sich mit der Zeit zwischen Melanoblasten der Cutis und denen der Epidermis einstellen, beruhen 1. auf der selbständigen Weiterentwicklung der Melanoblasten der Epidermis, wo ihnen von der in den Intercellularräumen befindlichen Lymphe, in welcher höchst wahrscheinlich, wie anderwärts auch geringe Spuren von Hämoglobin aufgelöst sind, genügendes Nährmaterial geliefert wird; 2. auf der Verschiedenheit der die Melanoblasten einschliefsenden Umgebung, des faserigen Bindegewebes auf der einen Seite und der Epidermiszellen auf der anderen. Vor allem wird die Form des Maschenwerkes der Ausläufer bei den Melanoblasten der Cutis, welche zwischen den Fasern ziemlich unregelmäfsig sich durchwinden, dem Faserverlauf entsprechen und die Fortsätze unregelmäfsig, zackig, wie zerfliefsend aussehen. Selbst der Zellkörper wird in seinen Konturen zum Teil den Faserinterstitien sich anpassen. Anders ist es in der Epidermis. Hier ist die Maschengröfse und Form des Netzwerkes durch die polygonalen, in der Gröfse und Form nicht so sehr differierenden Epidermiszellen und Intercellularräume gegeben. Die die Intercellularräume durchsetzenden Zellbrücken stören aber die Form der Ausläufer nicht, da, wie ja schon aus obigem Zitate Flemmings hervorgeht, dieselben nicht nachgeben. Der Zellkörper selbst kann mehr eine kugelige oder ovale Form annehmen, da er nach allen Seiten hin von derselben weichen, nachgiebigen Zellmasse von überall gleicher Konsistenz umgeben ist.

Früher nahm dagegen Ehrmann (46) an, dafs sich die verzweigten Zellen der Epidermis aus Epithelzellen entwickeln. „Lange Zeit war ich auch, wie ich ausdrücklich hervorheben will, geneigt, anzunehmen — und

ich habe es klar und deutlich ausgesprochen —, daſs die in der Epidermis vorhandenen, verzweigten, pigmentierten Zellen nicht Abkömmlinge der Cutis, also des Mesoderms, sondern autochthome Bildungen der Epidermis, also wie Jarisch meint, Bildungen des Ektoderms sind. Die Gründe hierfür sind alle in meiner Arbeit dieses Archivs 1885—86 klar ausgesprochen und ausführlich da nachzulesen. In Kürze erwähne ich, daſs mich hierzu bestimmt hat 1. der Umstand, daſs ihre anatomische Form nicht vollständig mit den Chromatophoren des Bindegewebes übereinstimmt; 2. der Umstand, daſs bei Leucoderma syphiliticum und bei Canitis praematura die pigmentierten Zellen vorhanden sind und in der Epidermis fehlen; 3. die Gründe, die schon von anderen Autoren hervorgehoben wurden, namentlich von Eberth, daſs sie beim Frosche nur in den mittleren Lagen der Epidermis auftreten. Ich gestehe unumwunden zu, daſs mir die Funde von Jarisch, welche die Umwandlung von Epidermiszellen in amöboide Zellen wohl nicht zur Evidenz nachweisen, aber doch sehr wahrscheinlich machen, sehr plausibel sind.“ Um so auffall nder erscheint der dritte Absatz des Resümees derselben Arbeit, die mit den Worten beginnt: „Die Entstehung von Pigment in der Epidermis ist durchaus unbewiesen.“

Gegen die Ehrmannsche Melanoblastentheorie lassen sich schwerwiegende Bedenken geltend machen. Ich erinnere zunächst an die Ergebnisse der Untersuchungen von Schwalbe, Grund u. a., die die epitheliale Entstehung des Oberhautpigments sichergestellt haben. Als schlagendes Beispiel veröffentliche ich Fig. 14; sie stellt die vollendete Pigmentierung fast aller Epithelzellen dar, ohne daſs in der Cutis oder in der Oberhaut auch nur eine einzige Zelle zu sehen wäre, die den Melanoblasten Ehrmanns entspricht. (Versuchsanordnung: Oberarm; blasse Haut einer brünetten Person, 1½ Stunden bestrahlt, unmittelbar nachher exzidiert, Alkoholfixierung, Einbettung in Celloidin, Färbung Pappenheim-Unna.) — Ganz unerklärt läſst die Melanoblastentheorie die Pigmentierung des Narbenepithels, da nach Ehrmanns eigenen Angaben die Narbe deshalb pigmentlos bleiben muſs, weil mit dem Papillarkörper die Melanoblasten zerstört sind. Die Tatsache, daſs das Narbenepithel zur Pigmentbildung fähig ist, wird u. a. von Unna (47) angegeben und ist von mir (4) experimentell bewiesen worden. Sie allein genügt schon, um zu zeigen, daſs die von Ehrmann aufgestellte Melanoblastentheorie nicht ausreicht, um den Ursprung des Pigments zu erklären.

Rabl (48) faſst die Fortsätze der „Chromatophoren“ nicht als Zellteile auf. Er schreibt:

„Denn es scheint mir nicht unmöglich, daſs die Fortsätze der Chromatophoren gar nicht Zellteile sind, sondern nur aus den von einer besonders pigmentreichen Zelle ausströmenden und hintereinander gelagerten Pigmentkörnchen zusammengesetzt werden.

Der kernhaltige Zellkörper der Chromatophoren wäre als eine stark pigmentierte Epithelzelle der basalen Reihe aufzufassen, welche ihre Körnchen in die Intercellularräume abgibt, von wo sie durch die Saftströmung in kontinuierlicher Reihe zu den höher gelegenen Zellen fortgetragen werden. Wenn die Pigmentierung nicht so rasch erfolgt und sich daher die Pigmentkörnchen nicht in geschlossener Linie von den Epithelzellen ablösen, so gelangen auch keine Fortsätze von „Chromatophoren" zur Beobachtung, und da nur die Fortsätze es sind, um derentwillen die Chromatophoren als Zellen besonderer Art betrachtet werden, so erklärt es sich, warum weder Karg in der normalen Negerhat, noch ein anderer Autor an einer pigmentierten Hautstelle eines Kaukasiers Chromatophoren auffinden konnte."

Ferner (19): „In dunklen Haaren sind die Matrixzellen der Rinde von zahlreichen braunen Pigmentkörnchen erfüllt. Neben Zellen, die ihre cylindrische Form trotz ihres reichen Gehaltes an Farbkügelchen erkennen lassen, sieht man im Bulbus auch ästige Figuren, welche von der Mehrzahl der Autoren als eingewanderte „Chromatophoren" gedeutet werden. Wie ich aber bereits bei Besprechung des Hautpigments dargelegt habe, ist es nicht unmöglich, daſs dieselben keine zelligen Elemente darstellen, sondern nur dadurch zustandekommen, daſs sich, von einer besonders stark pigmentierten Stelle aus, Ströme von Farbkörnchen in die Intercellularräume ergieſsen. Diese Ansicht stützt sich vorzüglich darauf, daſs das Pigment sowohl bei der ersten Entstehung als beim Haarwechsel zuerst im Epithel auftritt. Weiter ist auffallend, daſs sich nur äuſserst selten Pigment in der Papille eines wachsenden Haares findet; endlich sieht man in besonders dunklen Haaren fast eine jede der Papille aufsitzende Zelle innerhalb der Region der Rindermatrix mit Fortsätzen ausgestattet, so daſs man annehmen müſste, daſs hier die Epithelzellen durch die Chromatophoren von ihrer bindegewebigen Basis vollkommen abgedrängt wurden. Neben den Chromatophoren kommen aber jedenfalls, wenn auch nur vereinzelt, echte verzweigte Pigmentzellen im Haarbulbus vor: Wanderzellen, die sich mit Pigment beladen und später wieder in die Epidermis zurückwandern können."

Rabl hält also einen Teil der verzweigten Pigmentzellen für Wanderzellen, die Ausläufer dagegen in den anderen Zellen überhaupt nicht für Zellgebilde.

Kromayer (17) faſst seine Ansicht in folgenden Worten zusammen:

„Was sind die Chromatophoren der Epidermis?

Die Beantwortung dieser Frage ist durch die bisherige Betrachtung schon gegeben. Wenn ich sie hier in einem besonderen Abschnitte aufstelle, so geschieht es aus dem begreiflichen Wunsche, die neugewonnene Erkenntnis unter das bisherige Wissen zu klassifizieren. Zellen sind die

Chromatophoren nicht. Das bedarf nach der Erkenntnis der histologischen Tatsachen keiner theoretischen Auseinandersetzung über den Begriff der Zelle. Teile zahlreicher Epithelien haben sich zu einem einheitlichen Gebilde vereinigt. Ist das ein neues physiologisches Prinzip? Ich glaube die Frage verneinen zu sollen. Wir kennen zahlreiche Analoga. Schon das einheitliche System der elastischen oder der kollagenen Faserung der Haut könnte hier angeführt werden, wenn nicht ihre Entstehung aus dem Protoplasma der Zellen strittig wäre. Das fällt bei der quergestreiften Muskelfaser fort, die, aus dem differenzierten Protoplasma mehrerer Zellen gebildet, ein einheitliches Ganzes darstellt. Am meisten äufsere Ähnlichkeit bietet aber die in den Ganglienzellen endende Nervenfaser, das Neuron. Hier ist aus dem Protoplasma zahlreicher Zellen eine einheitliche Faser entstanden, die von seinem Zentrum, der Ganglienzelle und der Peripherie Bewegungsimpulse erhält. Ist es nicht ebenso mit den epithelialen Chromatophoren? Neu an ihr ist nur, dafs scheinbar vom übrigen undifferenziertes Protoplasma zahlreicher Zellen, das nur etwa durch eine stärkere Faserung ausgezeichnet ist, sich zu einem einheitlichen Gebilde mit einem Zentrum zusammenschliefst und doch ganz deutlich den Zusammenhang mit dem übrigen Zellteil wahrt, dafs also, während seine Stoffwechselbeziehungen von dem übrigen mit Kern versehenen Zellteil abhängen und offenbar dieselben sind (wie das durch das Bestehenbleiben des Stachelkörpers und die gleichmäfsige Verhornung der ganzen Zelle bewiesen wird), es seine Bewegungsimpulse zum Teil von einer entfernt liegenden Epithelzelle erhält, die offenbar ebenfalls nur wenig von den übrigen Epithelzellen differenziert ist, denn die erleidet dasselbe Schicksal der Verhornung als einfache, durch nichts sich auszeichnende Hornzelle. Wir haben hier also die Bildung eines primitiven Zellenorganismus oder Mechanismus vor uns, der die Pigmentverteilung in der Epidermis reguliert und mit der Erfüllung dieser Aufgabe bei beginnender Verhornung in seine Komponenten aufgelöst wird."

Schwalbe (32), früher ein Anhänger der Abstammung des Oberhautpigments aus der Cutis, schreibt folgendes:

„Den im vorstehenden angeführten Versuchen, die intraepithelialen sternförmigen Pigmentzellen als umgewandelte Epithelzellen zu deuten, möchte ich mich nun insofern anschliefsen, als auch ich für die Mehrzahl derselben und soweit die Angaben Epidermoidalgebilde der Säugetiere betreffen, die intraepitheliale Entstehung für wahrscheinlich halte. Ich habe schon hervorgehoben, dafs sie aufserordentlich häufig vorkommen in Fällen, wo keine Spur von Pigment im unterliegenden Bindegewebe nachgewiesen werden kann. Wollte man hier ihre Deutung als Wanderzellen aufrecht erhalten, so hätte man anzunehmen, dafs sie in farblosem Zustande in das Epithel eingewandert seien und dort erst Pigmentkörnchen aufgenommen

hätten; bei dieser Annahme wäre also die Pigmentierung jener „Wanderzellen" erst innerhalb des Epithels erfolgt. Wollte man selbst dann noch der herrschenden Anschauung einer Pigmentübertragung auf die Epithelzellen sich anschliefsen, so hätte man sich die sonderbare Vorstellung gebildet, dafs die Wanderzellen des Bindegewebes innerhalb des letzteren aus irgendeiner unbekannten Ursache nicht Pigment hätten bilden können, dafs sie vielmehr erst innerhalb des Epithels dazu befähigt würden, während die Epithelzellen selbst, trotz ihrer der Pigmentquelle vielfach näheren Lage, dies nicht vermöchten, sondern erst warten müfsten, bis die Pigmentträger ihnen etwas von ihren erst innerhalb des Epithels erworbenen Errungenschaften abgeben wollten. Ich halte eine solche Auffassung im Angesichte der Tatsache, dafs rein epitheliale Pigmentierung zweifellos nachgewiesen ist, doch mindestens für gekünstelt und unnatürlich. Meines Erachtens ist es nicht schwer, die mannigfachen Bilder, die im pigmentierten Epithel der Säugetiere sich finden können, zu deuten. Ich habe schon oben, als ich das pigmentierte Epithel der Nasenspitze des Hermelins erörterte, den Weg angedeutet. Nicht in Abrede stellen will ich, dafs ein Teil der Formen sich in der Weise von Jarisch oder aber im Sinne S. Mayers verstehen lassen. Meiner Meinung nach spielt hier aber noch ein anderes wichtigeres Moment mit. Es ist die Ablagerung von Pigmentkörnchen in den Saftbahnen, also innerhalb des Epithels in den Intercellularlücken. Ich möchte zunächst auf die so schönen, klaren Abbildungen hinweisen, welche Kölliker in seiner mehrfach zitierten Arbeit publiziert hat.

Da finden sich beispielsweise in Fig. 4 (Haarzwiebel vom Menschen), Fig. 12 (Fingerepidermis vom Gorilla) und Fig. 15 (Federkeim eines Hühnchens vom 14. Brüttage) ganze Netze von Pigmentkörnchen injiziert und auf weite Strecken kein dazu gehöriger Zellkörper. Wollte man hier an Melanocyten festhalten, welche sich innerhalb der Intercellularlücken ausbreiten, so hätte man (z. B. für den oberen Teil von Fig. 4) anzunehmen, dafs diese doch immerhin kleinen Gebilde sich zu einem vollständigen Netz dünner Fäden, welches zahlreiche Epithelzellen einschliefst, auflösen oder dafs dies Netz durch Zusammenfliefsen mehrerer netzförmig ausgebreiteter Melanocyten entsteht, während derartige Produktionen von farblosen Wanderzellen im Epithel sonst nicht bekannt sind. Auch zeigen die zweifellosen sternförmigen pigmentierten Wanderzellen, wie sie F. E. Schulze aus der Epidermis der Fische beschreibt und abbildet, keine Netzbildung ihrer Zellsubstanz und selbständige Zellterritorien. Wir erhalten also wieder eine sehr gekünstelte Deutung, und das wird man jedenfalls zugeben müssen, dafs die Zugehörigkeit vieler dieser feinen Pigmentfäden zu Zellen nicht bewiesen ist und nicht bewiesen werden kann.

Viel einfacher erklären sich die intraepithelialen Pigmentfiguren unter

der Annahme von Pigmentablagerung in den Intercellularlücken, für die ich mich nach meinen Untersuchungen bestimmt aussprechen möchte.

Ich schliesse mich also in dieser Beziehung UNNAs Meinung an, der sich dahin äußert, daß viele Bilder verästigter Pigmentfäden in der Oberhaut ihre einfachste Erklärung finden unter der Annahme, daß der Lymphstrom Pigmentkörner in die Saftbahnen des Epithels schwemme; nur möchte ich nicht von einem Hineinschwemmen bereits gebildeter Pigmentkörnchen in die Intercellularlücken reden, sondern von einer Ausscheidung, Bildung der Pigmentkörnchen in letzteren. Ausdrücklich betone ich aber, daß ich damit das Vorkommen einer selbständigen Pigmentierung der Epithelzellen durchaus nicht in Abrede stelle."

SCHWALBE betont also eindringlich die epitheliale Entstehung des Oberhautpigments und die Bildung von Pigmentkörnchen innerhalb der Intercellularräume.

P. G. UNNA (49) erklärt die Pigmentfortsätze folgendermaßen:

„Uneinigkeit herrscht noch zunächst über die Kräfte, welche das Pigment aufwärts befördern. Merkwürdigerweise ist die einfachste Kraft, nämlich die des Lymphstroms selbst, fast gar nicht in Anspruch genommen worden, und doch hat man eigentlich nichts weiter nötig, um alle von den Autoren gezeichneten Bilder zu verstehen. Wenn Pigmentkörner mittelst des Saftstromes in das Epithel geschwemmt werden, so müssen sie des Strombettes wegen zwischen den untersten Epithelien dunkle, den Nervenfäden dicht anliegende Pigmentfäden bilden (EHRMANN, KARG), welche oberhalb der ersten Epithelreihe sich verzweigen und reich verästelte Figuren darstellen. Die Verästelung alles dessen, was in die Epithellymphbahnen hineinkriecht (Fett, Injektionsmasse, Wanderzellen), ist seit langer Zeit bekannt, die reich verästelten Wanderzellen in der oberen Stachelschicht haben ja viele Forscher verführt, denselben eigene nervöse Funktionen zuzutrauen.

Heute liegt wieder die Gefahr nahe, den Pigmentausgüssen der epithelialen Lümphwege mehr Bedeutung zuzumessen, als ihnen an und für sich zukommt. Konstatieren wir daher zunächst, daß der einfache Lymphstrom, wenn er reichlich Pigment führt, alle Bilder unserer Autoren erklären kann, selbst das Bild einer in der Cutis liegenden Zelle, welche polypenartig Äste in das Epithel hineinsenkt, denn diese Äste können zu unterst Protoplasma sein, dem sich weiter oben unorganisierte Pigmentausgüsse anschließen. Alle Berichte von Zellarmen, die sich ungemein weit in das Epithel hinein erstrecken (EHRMANN, KÖLLIKER), sind aber auf diese Weise zu erklären."

UNNA nahm also mit RIEHL, AEBY, EHRMANN, KÖLLIKER u. a. an, daß das Pigment der Oberhaut aus der Cutis stammt und zum Teil auf dem Lymphwege in die Oberhaut hineingeschwemmt wird.

CASPARY (36) schreibt:

„So unbefriedigend die bisherigen Beobachtungen hinsichtlich der Frage, ob eine Einwanderung von Pigmentzellen in die Epidermis stattfinde, ausgefallen waren, so überraschend sicher gestaltete sich das Ergeenis bei der Untersuchung eines stark gefärbten Stückes Skrotalhaut eines an Morbus Addisonii Leidenden. Hier glückte ohne Mühe der Nachweis nicht nur von strahligen Pigmentzellen in den tiefsten Schichten des Stratum mucosum, geradeso wie bei der Epidermis des Schweinerüssels, sondern es fanden sich auch gleichbeschaffene pigmentierte Zellen im Corium, die ihre langgestreckten Fortsätze zwischen den Epithelien entsandten, während ihre Körper bald noch im ganzen Umfange, bald nur noch teilweise im Bindegewebe lagen, zum anderen Teile bereits zwischen die Epithelien eingedrungen waren. Hier konnte ich die Einwanderung pigmentierter Zellen in die Epidermis direkt sehen, zugleich aber auch feststellen, daſs diese Wanderzellen von den scholligen, glatten, pigmentierten Zellen des subepithelialen Bindegewebes, die eine viel reichlichere Pigmentfüllung zeigten und jeglicher Fortsatzbildung entbehrten, sich unterschieden. Aber ich muſs doch die pigmentierten Wanderzellen für bindegewebige Elemente halten, da sie nach Form und Gröſse durchaus den strahligen Pigmentzellen von Choriodea und Iris gleichen, nicht aber den lymphoiden Wanderzellen des Bindegewebes. Das Pigment hatte hier nicht die hellgelbe Farbe des normalen Hautpigments, sondern war erheblich dunkler. Auſser in den fixen und den Wanderzellen des Bindegewebes zeigte es sich auch in gleicher Anordnung wie bei der normalen, von mir untersuchten Haut in der Mantelschicht und in den Kuppen der cylindrischen Zellen des Stratum mucosum. Eine Auskunft über den ferneren Ursprung des Pigments konnte ich aus den Präparaten nicht gewinnen. Die Blutgefäſse zeigten normales Aussehen ihrer Wandungen, keine Thrombenbildung, und ihre Umgebung zeichnete sich nicht durch Reichtum an Pigmentzellen aus."

Dieser Forscher beobachtete also das direkte Eindringen pigmentierter Elemente der Cutis in die Epidermis und faſst demnach die verzweigten Pigmentzellen der Epidermis als Bindegewebszellen auf. Andererseits aber betont CASPARY ausdrücklich, daſs die Epithelzellen die Fähigkeit haben, eigenes Pigment zu erzeugen: „Aus dieser kurzen Reihe von Untersuchungen möchte ich schlieſsen, daſs das Fehlen oder Vorhandensein fremder Pigmentzellen in der Epidermis zu der Pigmentierung der basalen Epithelschicht in keiner Beziehung steht. Bald wird die basale Zellschicht reichlich durchsetzt mit nichtepithelialen Pigmentzellen, sie selbst ist arm oder gar frei von Pigment (Schweinerüssel). Bald entbehrt sie jener fremden Elemente und ist trotzdem reichlich versehen mit Pigment (normale Brustwarzen- und Achselhöhlenhaut, Vitiligorand). Bald kommen in

stark pigmentierter Basalschicht auch noch verästelte Pigmentzellen fremder Herkunft vor (Morbus Addisonii, Haarbulbus, Naveus pigmentosus). Es läge nahe, hieraus zu folgern, dafs für das Pigment der Oberhaut zweierlei voneinander unabhängige Quellen bestehen, die übrigens keineswegs immer zu fliefsen brauchen. Demnach hätten die basalen Epithelzellen die Fähigkeit, selbständig Pigment zu erzeugen, wären also ebenso wie das Retinaepithel echte Pigmentzellen oder könnten doch zu solchen werden.

S. Mayer (50) stellt zwischen Epithelzellen und verzweigten Pigmentzellen alle möglichen Übergänge fest und kommt zu dem Schlufs, dafs diese „durchaus nicht eingewandert, sondern an Ort und Stelle aus den gewöhnlichen Epithelzellen unter Veränderungen ihrer Zellsubstanz und ihrer Kerne entstandene Elemente sind".

Zu demselben Resultat kommt auch Kodis (51), der auch auf den Zusammenhang der Pigmentbildung mit der Chromatinsubstanz des Kernes hinweist, indem er bei Beschreibung der Fig. 27 seiner Arbeit erwähnt: „Es scheint, als ob die Chromatinsubstanz des Kernes sich in Pigment verwandle."

Ebenso wie diese beiden Autoren erklärt auch Jarisch (28) die verzweigten Zellen der Epidermis. Nach ihm entstehen sie durch Auftreten von Vakuolen im Kern und deren Eröffnung in die Intercellularräume; der dadurch entstehende Raum soll dann durch eine hineinwachsende Retezelle ausgefüllt werden.

Post (18) untersuchte den Pigmentierungsvorgang bei der Regeneration der Feder der Tauben und kam zu der Überzeugung, dafs die verzweigten Pigmentzellen der Epidermis sich aus gewöhnlichen Epithelzellen entwickeln (Fig. 26). „Verzweigte Pigmentzellen entwickeln sich in der Oberhaut aus gewöhnlichen Oberhautzellen und führen in Feder und Haar ihr Pigment in die verhornenden Zellen dieser Gebilde über." Da Post noch annimmt, dafs das Pigment der Oberhaut und der Cutis dem gleichen Material entstammt, kommt er zur folgenden Überlegung:

„Wenn auch die Form derselben eine verschiedene ist, so könnte die Substanz doch die gleiche sein und einem gemeinsamen Stoffwechselprodukte der Haut entspringen. Wahrscheinlich wird diese Meinung durch das gleichzeitige Auftreten beider Pigmente in pigmentierter Haut und die gleiche grofse Resistenz gegen Säuren und Alkalien. Es ergeben sich ferner unter Voraussetzung eines pigmentbildenden Stoffwechselproduktes genügende Erklärungen für die mannigfaltigen Befunde, wenn man die Tatsache in Rechnung zieht, dafs die Pigmentbildung nach Individualität (Rasse), lokaler Verschiedenheit im Bau der Haut und Irritation durch optische, thermische, chemische, mechanische Reize variiert."

Ferner: „An einem Orte, wo die Oberhaut eine energische Pigmentbildung entfaltet, wird daselbst alle pigmentbildende Substanz verbraucht

werden und das Bindegewebe daher pigmentfrei bleiben. Dies ist der Fall bei Entwicklung dunkler Federn und Haare, was mit unseren Befunden übereinstimmt. In der pigmentierten Haut ist die Pigmentbildung der Epidermiszellen nicht so beträchtlich. Es wird nicht alle pigmentbildende Substanz im Epithel verbraucht, und es treten nun die Pigmentzellen des Bindegewebes als zweckmäfsige Regulatoren des Stoffwechsels auf, indem sie die für den Organismus wohl nicht indifferente Substanz zu Pigment umwandeln und dieses in unschädliche Stoffe überführen."

Grund (37) setzte die rasierte Haut dunkler Kaninchen dem Sonnenlichte aus und studierte auf diesem experimentellen Wege den Pigmentierungsvorgang. Er kam zu der Überzeugung, dafs das Epidermispigment autochthon entsteht und sagt über die sogenannten Chromatophoren folgendes:

„Nachdem so die Existenz der Chromatophoren als Zellen bewiesen erscheint, andererseits jede andere Möglichkeit ihrer Entstehung ausgeschlossen oder höchst unwahrscheinlich ist, bleibt als letzte Annahme nur übrig, dafs die Chromatophoren dem Orte entstammen, in dem sie sich vorfinden, nämlich der Epidermis, eine Theorie, die meines Wissens zuerst von Post (l. c.) aufgestellt worden ist. In der Tat erscheint mir diese Deutung als die einzige, die in jeder Richtung befriedigen kann. Danach würden vereinzelte Epidermiszellen die Eigenschaft erhöhter Pigmentbildung erhalten. Die Übergangsbilder zwischen Chromatophoren und normalen, stark pigmentierten Epidermiszellen bilden das anatomische Substrat dieser Annahme (Taf. XIII, Fig. 2 b). Die anscheinenden Verästelungen mögen in der ersten Zeit wirklichen Zellausläufern entsprechen, wie denn die Verästelung von Epidermiszellen nichts Ungewöhnliches darstellt. In späteren Stadien, wenn in einzelnen Präparaten diese Zellausläufer untereinander zu verschmelzen scheinen, ist ein Übertritt des Pigmentes in die Intercellularräume wohl sicher anzunehmen. Diese Theorie würde alle Schwierigkeiten erklären, die sich den anderen Erklärungsversuchen entgegenstellen. Vor allem würde die Beschränkung der Chromatophoren auf die Epidermis leicht verständlich sein, denn es ist ohne weiteres einzusehen, dafs solche Zellen ihren Mutterboden ohne Not nicht verlassen, zumal überhaupt für ihre Bewegungsfähigkeit kein Beweis vorliegt."

(Schlufs folgt.)

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Januar 1907.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

1. LEDERMANN demonstriert einen jungen Mann, der seit längerer Zeit an **Lichen ruber des Zungenrückens** leidet. In letzter Zeit hat die Affektion sich ausgebreitet, ist im Zentrum atrophiert; daneben haben sich viele neue charakteristische Lichen ruber-Herde der Wangenschleimhaut ausgebildet. Am Körper besteht kein Lichen planus und ist auch bisher nie solcher vorhanden gewesen. Die Diagnose wird eingehend begründet.

Diskussion: ROSENTHAL äufsert sich in zustimmender Weise.

2. PINKUS demonstriert einen 48jährigen Mann, der seit mehr als vier Monaten an dem von GEBERT-BLASCHKO zuerst 1894, dann von BUSCHKE 1900 beschriebenen **Sklerödem** leidet. Haut an Brust und Bauch und am Rücken derb, aber ohne Veränderung der Epidermis; Herabsetzung der Schweifssekretion und der pilomotorischen Erregbarkeit; an der Vorderseite des rechten Oberschenkels circumskripte Hautatrophie. Erhebliche Besserung durch $3^1/_2$monatliche Fibrolysineinspritzungen.

Diskussion: GEBERT berichtet über seinen Fall. Er hat guten Rückgang der Erscheinungen unter Massage und Elektrizität gesehen. ROSENTHAL präzisiert seine Stellung diesen Fällen gegenüber, die er mit dem ersten ödematösen Stadium der Sklerodermie parallelisieren möchte. Es würde dann das wirklich sklerotische Stadium der Sklerodermie ausfallen, das ödematöse Vorstadium eventuell direkt in Atrophie ausgehen. LEDERMANN findet die Entstehung sehr viel schneller als bei der Sklerodermie. HELLER hebt die klinischen Unterschiede gegenüber Sklerodermie hervor. PINKUS will als hautverdickende Affektionen mit Ausgangsmöglichkeit in Atrophie drei Symptomenkomplexe nebeneinandergestellt wissen: 1. Sklerodermie, 2. infiltriertes Vorstadium der idiopathischen Hautatrophie, 3. Sklerödem. Alle drei weisen das Zeichen der Schweifsanomalie auf und hängen vielleicht in irgendeiner Weise miteinander zusammen.

3. ARNDT demonstriert einen Mann mit **Lichen ruber** hinter dem linken Ohr und am behaarten Hinterhaupt.

4. ARNDT demonstriert einen Syphilitiker, an dessen Penis und Skrotum sich nach Schwund des syphilitischen Exanthems ein **Lichen planus** entwickelt hat.

5. ARNDT demonstriert einen Mann mit **Dermatitis herpetiformis**, die in Gestalt gyrierter urtikarieller Eruptionen auftritt, noch ohne Blasen.

Diskussion: HELLER legt, mangels ausgesprochener Polymorphie, die Diagnose Urticaria nahe; WECHSELMANN erinnert an das Erythema perstans, von dem die Affektion sich nach ARNDT aber durch die diffuse Ausbreitung ohne Prädilektion an den Finger- und Handrücken unterscheidet. HEUCK erwähnt einen ähnlichen Fall seiner Kenntnis, in dem später Blasen hervorgekommen sind.

6. ARNDT demonstriert einen jungen **Syphilitiker mit Phlebitiden** in den oberflächlichen Hautvenen an Armen und Beinen und **im Plexus pampiniformis.**

7. HELLER demonstriert einen Fall von **Lupus des Gesäfses,** durch Röntgenstrahlen bis auf einen peripherischen Saum abgeheilt.

8. Heller trägt über die Frage, **ob Lichen ruber eine Unfallfolge sein kann,** vor, unter Beibringung eines Falles, in welchem der Lichen ruber einige Wochen nach oberflächlicher Verwundung in der Narbe begonnen hat.

Diskussion: Wechselmann berichtet über die einschlägige Literatur bei Psoriasis. Gebert sah Lichen ruber verrucosus an der Stelle einer Hautläsion hervorkommen und berichtet über die Entstehung der Psoriasis als Unfallsfolge (an mazeriertem Oberschenkel eines blasengelähmten Rückenmarksverletzten). Halle erlebte an sich Lichen planus-Ausbruch nach besonders gefahrvoller Bergpartie. Sklarek sah Lichen ruber nach Abschürfungen, die beim Herunterfallen von einem Baum entstanden waren.

Aus der dermatologischen Sektion der 74. Jahresversammlung der British Medical Association zu Toronto im August 1906.

Die Stellung der Dermatologie im medizinischen Curriculum, von N. Walker-Edinburg. Für die zweckmäſsigste Zeit, die Vorlesungen über Dermatologie zu belegen, erachtet W. das sechste Semester. Ohne einige Kenntnisse auf dem Gebiete der inneren Medizin und Chirurgie soll der Student das dermatologische Studium nicht anfangen, und wenn er zu spät damit beginnt, entgehen ihm viele gute Gelegenheiten, sich diagnostisch zu üben. Als besonders fördernd empfiehlt Redner die Einrichtung der Colloquium-Stunden auch in diesem Fache. Ein obligatorisches Examen dagegen hält er für entbehrlich, wenn die Testate über den Besuch des Kurses nicht ungerechtfertigt ausgestellt werden.

Der Einfluſs von Licht-Hunger bei der Entstehung der Psoriasis, von J. Nesius Hyde-Chicago. Aus diesem ausführlichen und interessanten Vortrag mögen nur die folgenden Leitsätze mitgeteilt werden: Psoriasis ist eine von den Krankheiten, welche niemals bei Tieren niederer Ordnung vorkommen. Die Ursache ist darin zu suchen, daſs bei ihnen die Hautdecke selten oder nie gegen die Einwirkung des Sonnenlichtes geschützt ist. Unter den Menschen findet sich eine verhältnismäſsig nur kleine Anzahl von Individuen, bei denen die Haut für Lichtabschluſs abnorm empfindlich ist ($^1/_{100}$ oder sogar nur $^1/_{500}$ von 1 % der Gesamtbevölkerung). Mit der Theorie von der Bedeutung des Lichtabschlusses stimmt die Erfahrung überein, daſs Psoriasis im Norden relativ häufiger vorkommt und in den Tropen und namentlich bei Negervölkern so gut wie unbekannt ist. Seiner Auffassung entsprechend hat Redner bei einer gröſseren Reihe von Fällen Sonnenbäder von längerer Dauer, teils im Freien, teils in erwärmten Räumen nehmen lassen und hat in manchen Fällen ganz entschiedene Erfolge konstatieren können.

L. A. Duhring-Philadelphia bestreitet die therapeutische Wirksamkeit des Lichtes, obgleich er zugibt, daſs notorisch die Krankheit in Gegenden mit geringerem Sonnenlicht (wie Glasgow etwa und die Nordstaaten von Amerika im Gegensatz zu den Südstaaten) am häufigsten angetroffen wird. Er glaubt vielmehr an die Wirkung der Nahrung und der Lebensweise im allgemeinen. Die Röntgenbestrahlung hat er als unzuverlässig und manchmal sogar direkt schädlich wieder verlassen. Er vertraut mehr der inneren Behandlung.

L. D. Bulkley-New York stimmt dem Vorredner darin bei, daſs Psoriasis durch Stoffwechselstörungen bedingt werde; als veranlassendes Moment dürften allerdings Mikroorganismen mitwirken; kontagiös sei das Leiden sicher nicht. In therapeutischer Beziehung sei die Notwendigkeit einer lange (mindestens zwei Jahre hindurch) durchgeführten Kur mit diätetischen hygienischen und medizinischen Mitteln zu betonen. Er hat gute Erfolge gesehen von lange fortgesetzter Darreichung von groſsen Dosen von Salpetersäure nach den Mahlzeiten und ebenso von Brechweinstein.

J. Ross-Halifax, Neu Schottland, erwähnt eine Beobachtung von der Entstehung des Leidens bei sieben oder acht Arbeitern im Anschlufs an ihre Tätigkeit im Bergwerk.

G. H. Fox-New York weist auf die Immunität der Neger nochmals hin.

W. T. Corlett-Cleveland führt auch einige Beobachtungen über den Einflufs des Lichtes bei Psoriasis an. Von der inneren Behandlung hat er niemals greifbare Resultate zu verzeichnen gehabt.

A. H. Robinson-New York spricht über Strukturveränderungen an den Zellen des Rete und führt dieselben auf äufsere sowohl wie endogene toxämische Einwirkungen, verminderte Alkaleszenz des Gewebesaftes, Gärungsvorgänge im Dünndarm usw. zurück.

Beweise für das Vorhandensein von einem autotoxischen Faktor bei der Entstehung bullöser Läsionen, von J. C. Johnston-New York. Abgesehen von den allgemein als bullöse Affektionen gruppierten Krankheiten wie Pemphigus, Dermatitis herpetiformis, Pompholyx und Epidermolysis bullosa gibt es bekanntlich manche Dermatosen, bei denen im Verlauf der Krankheit Blasen auftreten. Verfasser vertritt die Ansicht, dafs bei diesen sowohl wie bei jenen eine Autointoxikation der Entwicklung solcher Läsionen zugrunde liegt, und er kommt nach Eliminierung anderer Möglichkeiten zu dem Resultat, dafs es sich hierbei um eine Störung in erster Linie des Eiweifsumsatzes im Verdauungskanal handeln dürfte. Die wenigen Obduktionsergebnisse, die von Fällen von Pemphigus und Dermatitis exfoliativa herstammend in dieser Hinsicht zur Verfügung stehen, stimmen mit den Befunden bei den Intoxikationen, allgemeiner gesprochen, überein. Ferner hat J. wiederholt beobachtet, dafs ein Übermafs an Fleischnahrung eine Verschlimmerung bei bullösen Leiden im Gefolge hatte. Die genaueren Analysen des Urins von solchen Kranken hat in bezug auf den Gehalt an Harnstoff, Ammoniakverbindungen des Stickstoffs, Kreatin und Harnsäure keine beweisenden Resultate ergeben, es fiel aber durchweg ein bemerkenswerter Gehalt an Indikan auf. Die Resultate der Therapie geben nach Redners Schilderungen auch eine Stütze für seine Auffassung ab. Namentlich betont er aber die Bedeutung der Indikanurie und der von anderer Seite bereits mehrfach erwähnten Eosinophilie.

L. D. Bulkley hat seit Jahren in seinen Vorlesungen auf Grund klinischer Beobachtung den gleichen Standpunkt von der toxischen Ätiologie der bullösen Läsionen vertreten. Die Bedeutung eines gestörten Stoffwechsels namentlich als Folge von Obstipation bei der Entstehung von bullösen Affektionen wie Erythema multiforme hat er jahrelang bei Einwanderern nach der Seereise beobachtet.

L. Duhring stimmt dem Vortragenden auch zu und führt aus, dafs ein Schreck sehr wohl erst mittelbar durch Einwirkung auf den Verdauungstrakt Hautläsionen zur Folge haben könne.

Demonstration von Lichtbildern, von J. A. Fordyce-Toronto.

Fehler bei der Behandlung von Hautkrebs, von A. R. Robinson-New York. Redner hat gefunden, dafs der Genufs von Alkohol entschieden ungünstig auf Hautkarzinome einwirkt. Von einer internen Medikation hat er nie einen wesentlichen Nutzen gesehen, doch könnte man von der Organtherapie mit Präparaten der geschlossenen Drüsen hoffen. Vor einem übermäfsigen Gebrauch der Röntgenstrahlen ist entschieden zu warnen, obgleich dieselben bei flachem Hautkrebs ebenso wie die Caustica gute Resultate liefern.

N. Walker ist auch von der Exzision beim Ulcus rodens zu Curette, Caustica und Röntgenstrahlen übergegangen. Er verwendet gern Chromsäure als Ätzmittel, doch erfordert dieselbe grofse Vorsicht.

S. Sherwell verwendet mit Vorliebe als Causticum das saure Quecksilbernitrat neben kräftiger Kürettage und der innerlichen Darreichung von großen Dosen Arsenik.

G. H. Fox-New York erwähnt als ein nützliches Instrument den Drillbohrer der Zahnärzte. Es handelt sich vor allen Dingen darum, die Basis des Tumors zu bearbeiten.

L. D. Bulkley warnt vor der Verwendung von Höllenstein bei Carcinom sowohl der Haut als auch namentlich der Schleimhäute. Mit vegetabilischer Diät und namentlich unter Vermeidung von Alkohol könne man sehr günstig auf die Neoplasmen einwirken.

Die Entwicklung von intraprimären syphilitischen Läsionen; sukzessive Schanker und prodromale Syphilide, von R. W. Taylor-New York. Die Möglichkeit der Entstehung multipler, zeitlich aufeinanderfolgender Primärsyphilide ist durch eine Reihe von Beobachtungen erwiesen. T. teilt hier in Umrissen 8 Fälle, 6 bei Männern und 2 bei Weibern, mit, bei denen unzweifelhafte Chancres syphilitiques successifs vorlagen. Ferner schildert er einige Fälle von eigentümlichen Ausschlägen in direktem Anschluß an die Infektion vor der Entwicklung der eigentlichen sogenannten sekundären Roseola. Er betont, daß der Übergang des syphilitischen Virus durchaus nicht langsam, sondern sehr prompt erfolgt. Allerdings entsteht durch Autoinokulation des Sekretes des Primärsyphilids mehr ein den sekundären Papeln als dem wirklichen Schanker ähnelndes Gebilde. Es ist ganz gut möglich, daß ein mit Primärsyphilid behaftetes Individuum von einer dritten Person her einen zweiten Primäraffekt akquiriert. Das Auftreten von sukzessiven Schankern bedingt an sich keine besondere Malignität.

S. Sherwell berichtet über eine verheiratete Frau, welche einige Tage nach dem Auftreten eines Prämärsyphilids an der Vulva auch ein Primärgeschwür der Oberlippe, Folge von Autoinfektion, darbot.

L. D. Bulkley legt seine Ansicht dar, daß das syphilitische Virus sogleich mit der Übertragung in das ganze Blutsystem übergeht.

Ein Fall von Pityriasis rubra, von T. C. Gilchrist-Baltimore. Eine 36jährige Frau europäischer Abstammung erkrankte mit den Symptomen einer die ganze Körperoberfläche überziehenden Pityriasis rubra. Es wurde deutliche Leukocytose und eine mäßige Eosinophilie konstatiert. Im Urin wurden nur weniger bedeutsame Veränderungen konstatiert. Nach einer kurzen Periode von Schmerzhaftigkeit in den Fingern der rechten Hand und im linken Fuße entwickelte sich an diesen Teilen eine typische Gangrän, welche schließlich die Amputation nötig machte.

Dermatitis vegetans, von W. T. Corlett-Cleveland. Ein drei Monate alter Knabe bot an verschiedenen Körperstellen (Beine, Gesicht usw.) eine Affektion dar, welche, mit kleinen Papeln beginnend, zur Entwicklung von champignonförmigen und Eiter sezernierenden Gebilden führte. Im Laufe eines Jahres heilte unter Behandlung mit Quecksilber-Ammonium die Affektion ab. Etwa 19 Jahre später konstatierte Verfasser bei demselben Individuum vollständiges Wohlbefinden und das Vorhandensein verschiedener Narben.

Über die verkehrte und die richtige Verwendung von Milch bei gewissen Hautkrankheiten, von L. D. Bulkley-New York. Bei chronischem Ekzem, bei hartnäckiger Akne und bei manchen anderen Dermatosen, welche mit einer Verschlechterung des allgemeinen Ernährungszustandes verbunden sind, bewährt sich die Milch oft als ein ausgezeichnetes Hilfsmittel. Allerdings trifft man vielfach Patienten an, welche angeblich oder wirklich die Milch nicht vertragen können. Bei solchen ist B. fast ausnahmslos dadurch zum Ziele gekommen, daß er die Milch nur zu den

Stunden gab, in denen der Magen vollständig säurefrei oder gar in alkalischem Zustand sich befindet. Als Regel gilt, die Milch ohne jeglichen anderen Zusatz, leicht angewärmt eine halbe oder eine volle Stunde vor der Mittag- und der Abendmahlzeit zu trinken und dabei womöglich zu ruhen. In vielen Fällen ist es ratsam, die Erwärmung der Milch durch den Ersatz etwa eines Drittels des Quantums durch kochendes Wasser zu bewirken. Die Milch soll eben nicht zu fettreich genommen werden.

Ätiologie und Behandlung des Ekzems, von G. Chambers-Toronto. Aus dieser allgemeinen Besprechung des Themas seien nur folgende Momente hervorgehoben. Verfasser betont als ätiologische Momente die Überernährung namentlich bei Kindern, ferner eine hereditäre Disposition, wobei die Neigung zum Erkranken an Asthma seiner Erfahrung nach eine erhebliche Rolle spielt, und schliefslich die lokalen Ursachen. Bei letzterer Kategorie erwähnt er zwei interessante Fälle von Dermatitis der Brüste bei stillenden Frauen im Anschlufs an Ekzem des Kopfes und Gesichts der Säuglinge. In therapeutischer Beziehung erwähnt Redner, dafs er gute Erfolge gehabt hat mit dauernden, feuchten Verbänden, mit Normal-Kochsalzlösung, eventuell mit einem Zusatz von Borsäure (1 : 60).

L. D. Bulkley betont das konstitutionelle Element in der Ätiologie des Ekzems.

N. Walker warnt vor der Vernachlässigung der lokalen Ursachen.

Das Blut in Bezug auf Hautkrankheiten, von T. Houston und J. C. Rankin-Belfast. Nach der Wrightschen Methode haben Verfasser bei 34 Patienten mit Akne und anderen durch Staphylokokken erzeugten Dermatosen die Opsonine des Blutes bestimmt und bei Feststellung eines niedrigen Index die entsprechenden Injektionen gegeben. Die Resultate werden als sehr befriedigend geschildert. Es wird ferner darauf aufmerksam gemacht, dafs eine Verminderung in der Gerinnungsfähigkeit des Blutes oft ein Grund ist, dafs chronische Dermatosen nicht heilen und ferner, dafs solche Patienten unter Finsen-Behandlung leicht zu Blasenbildung neigen, was aber bei Darreichung von Kalksalzen (Calciumlactat oder Calciumchlorid) beseitigt werden kann. Auch bei Fällen von obstinatem Lupus vulgaris und Lupus erythematodes ist oft der Opsonin-Index herabgesetzt und bedarf der Aufbesserung, ehe eine Heilung erzielt werden kann. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 82. Heft 3. Dezember 1906.

I. **Multiple Endotheliome der Kopfhaut,** von Paul Haslund - Kopenhagen. (Schlufs.) Die Endotheliome nehmen eine Sonderstellung unter den Geschwülsten ein. Um noch weiter den wechselnden morphologischen Bau der Geschwülste zu charakterisieren, kann man dem Endotheliom ein Epitheton geben, z. B. carcinomatosum im Falle Haslunds. Charakteristisch für die Endotheliome ist die hyaline Degeneration des Bindegewebes, die aber auch in anderen Fällen fehlen kann (fibröse Formen). In einigen kommt es zu sogenannten Lagerungskugeln, deren Struktur vollständig den von gewissen Carcinomen her bekannten Epithelperlen entspricht. Sie erfahren

jedoch niemals, wie diese, eine Verhornung und scheinen ausschliefslich das Resultat einer hyalinen Entartung der Geschwulstzellen zu sein. Die klinischen Erscheinungen der Hautendotheliome können in recht variierenden Formen auftreten, z. B. ähnlich einem Ulcus rodens, in fungöser Form, in Form der Lymphangioma tuberosum multiplex, Hydradénomes éruptifs, Syringocystadenoma, Cellume épithelial éruptif usw. Die Geschwülste sind bisher nur bei Erwachsenen beobachtet worden, meist zwischen dem 20. und 30. Jahre beginnend, aber in langsamer und ständiger Entwicklung. Im allgemeinen sind die Endotheliome gutartig, die Malignität ist nur lokal, sie rezidivieren nach der Operation in loco, wenngleich die totale Exstirpation noch die empfehlenswerteste Therapie ist, zuweilen bewährt sich auch Röntgen- oder Formalinbehandlung.

II. **Über Lichen albus, eine bisher unbeschriebene Erkrankung,** von Leo Ritter von Zumbusch-Wien. Es handelt sich um eine 51jährige Näherin. Vor vier Jahren trat ohne Allgemeinerscheinungen unter heftigem Jucken an Schultern und Oberarmen ein Hautleiden auf, welches sich allmählich verbreitete. Es handelt sich jetzt um viele kleine Krankheitsherde an Armen, Schultern, Nacken, Rücken. Dieselben stehen unregelmäfsig gruppiert, manchmal konfluierend, ihre Ausdehnung schwankt von stecknadelkopf- bis hellergröfse. Die kleinsten Herde sind von rundlicher Form, überragen das Niveau der Umgebung nur wenig und sind scharf abgegrenzt. Die Farbe ist blafslila, rosa, manchmal hellrot mit leichtem Glanze. Oberfläche glatt ohne Schuppen. Unter Fingerdruck blassen die Herde ab und erscheinen weifs. Die gröfseren Herde sind meist rundlich geformt, sehen meist einheitlich aus, sie sind flach scheibenförmig über das Niveau der Umgebung erhaben, scharf abgegrenzt. Die Ränder sind durch einen sehr zarten erythematösen Hof gebildet, von rosavioletter Farbe. Aufser dem Rande sind die Scheiben selbst weifs wie Porzellan, die Oberfläche ist glatt, glänzend, massig derb anzufühlen wie Glanzleder ohne Schuppen. Am Nacken sitzen in der Mitte einzelner weifser Plaques in einer Gruppe vereint, kleine, graubraune, hornige Zapfen von spitzer Kegelgestalt, die sehr fest haften und sich rauh und hart anfühlen. Auch sieht man zuweilen in den weifsen, lederartig glatten Flächen Stellen, die grau und leicht vertieft sind. Auch diese Gebilde liegen sehr oberflächlich. Neben diesen frischen Herden sieht man andere in Rückbildung, besonders an den Vorderarmen, auch diese sind klein, rundlich, die ältesten pigmentiert und atrophisch. Endlich gibt es noch Stellen von gänzlicher Rückbildung, wo nur noch Andeutungen von Pigmentation bestehen. Die Schleimhäute sind intakt. Der Verlauf der Krankheit war folgender: Die Patientin erhielt lokal Alkoholbetupfung, innerlich asiatische Pillen. Der Juckreiz liefs bald nach, die Symptome nahmen ab, beonders auch die Konsistenz der Plaques, neue stellten sich nicht ein. Differentialdiagnostisch kommen Psoriasis, Lupus erythematosus und Lichen ruber planus in Betracht, doch läfst sich besonders auch histologisch ein Unterschied feststellen. Es handelt sich um eine Lichenform, alle Effloreszenzen gehen in ihrer Entwicklung nicht über das Knötchenstadium hinaus, der Verlauf ist chronisch: die Epidermis ist wenig verändert — im Gegensatz zum Lichen ruber planus —, das entzündliche Infiltrat liegt mehr in der Tiefe der Cutis, während die oberflächlichen Schichten desselben im Bereiche der Effloreszenz eigentümlich verändert sind. Dieselben zeigen keine Entzündungserscheinungen, sondern eine Art von Quellung oder Degeneration des Bindegewebes. Hierbei sind die elastischen Fasern in diesem Bereiche gänzlich verschwunden im Gegensatz zum Lichen ruber, wo sie nicht auffallend verändert sind. Der Fall stellt eine Krankheit dar, die ähnlich dem Lichen ruber planus verläuft und ihm nahesteht und die man am passendsten als Lichen albus bezeichnen kann.

III. **Über die Behandlung des Hautkrebses mit Röntgenstrahlen,** von Heinrich Kanitz-Kolozsvár. In Marschalkos Klinik wurden seit 2½ Jahren viele Krebskrankheiten mit Röntgen behandelt, so Zungen-, Lippen-, Wangen-, Mamma- und Hautkrebse, im ganzen 45 Fälle. Die Indikationsstellung der Röntgentherapie ist wesentlich. Bezüglich derselben führte die gewissenhafte Beobachtung des Heilprozesses bei den behandelten Fällen zu folgenden Schlüssen:

1. Oberflächliche Formen der Hautepitheliome von geringer Ausdehnung und relativer Gutartigkeit sind unbedingt der Röntgenbehandlung zuzuführen, letztere gibt hier die schönsten Erfolge sowohl zur Heilung als auch kosmetisch.

2. Die X-Behandlung ist bei oberflächlichem Sitze des Krankheitsprozesses auch dann angezeigt, wenn derselbe sehr ausgedehnte Hautbezirke befällt. Besonders dankbar für die Röntgentherapie sind ferner diejenigen Krebsformen, welche von den oberflächlichsten Hautschichten ausgehen und nach aufsen wachsend, sich zu Geschwülsten von beträchtlicher Dimension und grofsem Tiefendurchmesser gestalten.

3. Tiefergreifende Epitheliome sollen radikal exstirpiert werden.

4. In das Gebiet der Röntgentherapie fallen ferner die inoperablen Fälle, wo die Lokalisation die Operation ausschliefst.

5. Ebenso ist die X-Behandlung indiziert, wenn die Operation mit Rücksicht auf Alter und Allgemeinzustand des Kranken oder weil der Kranke sich weigert, nicht vollzogen werden kann.

6. Der postoperativen Anwendung der Röntgenstrahlen ist ein gröfseres Gebiet zu sichern.

7. Entschieden kontraindiziert ist die Therapie bei Carcinomen der Mundschleimhaut.

Die reaktive interstitielle Entzündung durch Röntgen spielt sicher eine ebensolch wichtige Rolle in der Zerstörung des Krebsgewebes, wie die primäre Degeneration der Carcinomzellen; eine konstante und stete günstige Wirkung für alle Fälle darf man noch nicht annehmen. Dafs lie tiefliegenden Carcinome durch Bestrahlung fast nie geheilt werden, findet seine Erklärung darin, dafs die Empfindlichkeit des Epitheliom- und Carcinomgewebes gegen Röntgenstrahlen nicht grofs genug ist, um durch jene geringen Strahlenmengen zur Degeneration und Resorption zu kommen, welche wir in die Tiefen des Körpers zu bringen vermögen. Auch weifs man noch nicht, welche histologischen Formen von den X-Strahlen günstiger beeinflufst werden, jedenfalls gibt es zwischen den Basalzellen- und Stachelzellenkrebsen bezüglich ihres groben makroskopischen Verhaltens dem Röntgenlicht gegenüber keinen grofsen Unterschied. Jedenfalls ist es unmöglich, auf Grund einer Probeexcision von vornherein die Indikation für die Behandlung zu stellen, da der histologische Aufbau keinen Aufschlufs darüber gewährt, ob sich die Geschwulst für Röntgen eignet oder nicht. Es ist daher sicherer, wenn man sich bei der Wahl der anzuwendenden Therapie an die klinischen Eigenschaften des Krankheitsprozesses hält.

IV. **Was wissen wir über die Zusammensetzung und Entstehung der fettigen Hautsekrete,** von C. Liebert-Batavia. Verfasser versucht die Arbeiten über dieses Gebiet von einem einheitlichen Standpunkte aus zu betrachten und zu erwägen, wie weit diese Arbeiten das Dunkel, das bis jetzt über der Art der physiologischen Funktionen der Talgdrüsen und über der chemischen Zusammensetzung des Produktes derselben schwebte, etwas erhellt haben. Die Untersuchungen zeigen, dafs das menschliche Hautfett unter die Gruppe der Wachse gehört. Es besteht aus den Fettsäureestern hochmolekularen Alkohols und anderen Stoffen, die vorläufig als Pennaserin, Lanoserin, Dermoserin bezeichnet werden, daneben befindet sich Cholesterin. Die

Epidermis hat die Fähigkeit, Cholesterinester usw. zu bilden. Der Zweck der fettigen Hautsekrete ist, die Körperoberfläche und ihre epidermoidale Anhänge einzufetten, diese geschmeidig, für Wasser undurchdringlich und nicht benetzbar zu erhalten, auch gewähren die Sekrete Schutz gegen bakterielle Einflüsse.

V. **Zur Therapie des Lichen ruber**, von Hans Vörner - Leipzig. Seifert benutzte neben der Arsenkur zur Bedeckung der Licheneffloreszenzen Zinkpaste, Zinkleimverbände und erzielte durch diese Kombination schnellere Heilungen. V. bestätigt diese Ansichten Seiferts und spricht besonders für die Unterschenkelverbände.

VI. **Über Naevus anaemicus**, von Hans Vörner-Leipzig. Schilderung eines typischen Falles. Die histologische Untersuchung ergab kein gänzliches oder teilweises Fehlen bestimmter Gefäßspartien in den helleren Hautflecken, an Stelle der normalen Gefäße sind vielmehr nicht erweiterungsfähige Kapillaren vorhanden. Die Affektion ist selten, ihre Ausbreitung erinnert an diejenige des Herpes zoster, sie ist meist einseitig, sie stellt eine Mißbildung des Gefäßsystemes der Haut dar, ähnlich wie die flachen Naevi vasculosi, doch haben beim Naevus anaemicus die Gefäßwände nicht das Vermögen, eine größere Blutmenge durchzulassen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Dermatologisches Centralblatt.

Band X. Heft 2. November 1906.

I. **Spirochätenbefunde in spitzen Condylomen**, von Dreyer - Cöln. In den Schnitten zweier Fälle von kleineren spitzen Condylomen gelang es Verfasser nicht, irgendwelche Spirochäten nachzuweisen mittels der Silbermethode, in zwei anderen fanden sich bei Behandlung nach der von Bertarelli angegebenen Methode mit alkoholischer Silbernitratlösung in den Schnitten deutliche Spirochaetae refringentes. Während sie in dem einen Falle hauptsächlich in den stark erweiterten Kapillaren und Venen der Papillen und im Gewebe derselben dicht unter dem Rete lagen, drangen sie in dem zweiten Falle von der Oberfläche her in das Rete Malpighii in dichten Schichten und zugweise den Infiltratzügen der Eiterzellen folgend ein.

II. **Ein Vorschlag zur Frühbehandlung des syphilitischen Primäraffekts mit Quecksilberinfiltration und Kauterisation**, von Arthur Strauss-Barmen. Das therapeutische Bestreben bei Beginn der Syphilis muß darauf gerichtet sein, frühzeitig einerseits die Spirochätenmasse im Primäraffekt und dem ihn umgebenden Lymphsystem, sofern die völlige Vernichtung nicht mehr möglich ist, zu verkleinern, andrerseits die Bildung bakterizider Stoffe nach Möglichkeit auszunutzen. Jenes können wir durch die Infiltration des Primäraffekts und der ihm zunächst gelegenen Lymphbahnen mit Quecksilber erreichen, und zwar am sichersten, wenn wir die Excision oder Kauterisation des eigentlichen Herdes ausschließen. Die andere Bedingung wird dadurch erfüllt, daß wir die bakterizide, durch Suprarenin gesteigerte resorptionshemmende Kraft des Ödems und die entzündungswidrige der Anästhesie zur Hilfe nehmen. St. machte zunächst eine Reihe von Versuchen, die darauf hinzielten, die Wirkung verschiedener Hg-Lösungen zu erkennen. Zuerst benutzte er Sublimat und Hydrargyrum salicylicum. Als bestes Anästhetikum bewährte sich das Novocain; die Resultate mit der Sublimatlösung waren nicht befriedigend, ebenso die mit Hydrargyrum salicyl. Allen Bedingungen hingegen entsprach folgende Lösung: Hydrargyr. oxycyanat. 1,0, Novocain 4,0, Natr. chlorat. 0,2, Sol. Suprarenini 1:1000 gtt. II, Aq. dest. ad 100,0. Diese haltbare Lösung ruft bei Injektion von 1—2 g kein stärkeres Ödem hervor und gestattet die fast völlig schmerzlose Kauterisation. Die Methode ist sehr einfach und in der Sprechstunde zu machen. Nach

sorgfältiger Desinfektion spritzt man die Lösung nach Art der SCHLEICHschen Infiltration unter das Ulcus, wartet einige Minuten und kauterisiert. Dann bedecke man die geätzte Stelle mit Streupulver und Dermatolgaze, die man mit 3%iger Kollargollösung tränkt, und lasse ein Suspensorium mit Klappe tragen. Zu Hause lasse man fleifsig baden und 1%ige Kollargollösung aufgiefsen. Bei Phimose kann unter Anwendung einer 1/4%igen Lösung von Hydrargyr. oxycyanat. deren Operation mit der Infiltration und Kauterisation verbunden werden. Bei Anwendung der Methode in den ersten zwei Wochen hofft STRAUSS, abortiv auf die Syphilis einwirken zu können (???), jedenfalls wird der Verlauf der Syphilis gemildert. — Zum Schlufs gibt ST. eine kurze Darstellung der ersten Fälle, die er behandelt hat.

Bernhard Schulze-Kiel.

Dermatologische Zeitschrift.

1906. Heft 12.

Über die Pathogenese der merkuriellen Colitis und Stomatitis, von JOHANN ALMKVIST-Stockholm. A. hat schon in einer 1903 erschienenen Arbeit die Behauptung aufgestellt, dafs die Entstehung der nekrotischen Prozesse in der Dickdarmschleimhaut bei merkurieller Colitis auf die von ihm nachgewiesenen Niederschläge von Schwefelquecksilber in den Gefäfswänden zurückzuführen sei. Er hat seitdem die Veränderungen im Dickdarm und in der Mundhöhle von Kaninchen und Hunden, die experimentell mit Quecksilber vergiftet worden waren, studiert, sowie von zwei Menschen, die infolge von Quecksilberintoxikation verstorben waren, den Dickdarm und von drei Patienten mit Stomatitis mercurialis excidierte Zahnfleischstückchen untersucht, und ist auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Schlüssen gelangt:

Bei Fäulnisprozessen in der Mundhöhle und im Dickdarm kommt es zu Auflockerungen oder Erosionen der Schleimhaut; durch die veränderte Schleimhaut wird das von den Fäulnisprozessen gebildete Schwefelwasserstoffgas teilweise resorbiert. Enthält nun das Blut Quecksilber, so bildet sich in den oberflächlichen Kapillarschlingen Schwefelquecksilber, das sich in den Endothelzellen der Gefäfswände niederschlägt. Diese Alteration der Gefäfswand führt zu einer Störung der Zirkulation, und infolgedessen leidet die Ernährung des Gewebes. Unabhängig davon, wahrscheinlich infolge einer lähmenden Einwirkung auf die Gefäfsnerven, tritt namentlich im Darm Gefäfsdilatation ein, während sich als Folge der Ernährungsstörung im Gewebe degenerative Prozesse entwickeln. Gleichzeitig finden sich Leukocytenanhäufungen; ab und zu sieht man, teils im Gefäfslumen, teils im Gewebe aufserhalb der Gefäfse, einige Leukocyten, die in ihr Protoplasma Schwefelquecksilberkörnchen aufgenommen haben. In älteren Fällen beobachtet man reichlicher solche Körnchen innerhalb der Leukocyten, und in einem sehr alten Falle hat A. das Schwefelquecksilber hauptsächlich in den Leukocyten gefunden, während die Gefäfswände nahezu frei waren. Zweifellos hat man es hier mit einem natürlichen Heilprozefs zu tun; der Organismus sucht durch die Leukocyten den Schwefelquecksilberniederschlag von den Gefäfswänden wegzubringen, damit die Zirkulation sich wieder herstellen kann; gelingt das nicht, dann nekrotisiert das Gewebe. Die Niederschläge setzen sich manchmal bis in die tieferen Gefäfse der Schleimhaut fort. — Das letzte Stadium des Prozesses wird gebildet durch Blutungen, die zu einer hämorrhagischen Durchtränkung des Gewebes und zum Zerfall der nekrotischen Partien führen können; als Reste des Schwefelquecksilberniederschlags bleiben in den Kapillarschlingen zerstreute Schwefelquecksilberkörnchen. Die Blutungen sind in der Mundhöhle gewöhnlich nicht so stark wie im Dickdarm.

— Das Wesentliche bei der Entstehung der merkuriellen Colitis und Stomatitis ist also die Schädigung der Gefäſswände.

Wenn bei Vergiftungen mit Kupfer, Blei und anderen Metallen, die durch Verbindung mit H_2S fällbar sind, nicht die gleichen Veränderungen entstehen wie bei der Quecksilbervergiftung, so scheint das daran zu liegen, daſs das im Blute gelöste Quecksilber sich gegen Schwefelwasserstoff anders verhält als die übrigen Metalle; doch sind die Untersuchungen darüber noch nicht abgeschlossen. Bei Vergiftungen mit Wismut findet man die gleichen Ernährungsstörungen, Nekrosen und Blutungen wie bei Quecksilbervergiftung. *Götz-München.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. VI, Nr. 23.

Die Umwandlung des Krebses in Bindegewebe unter dem Einfluſs des Cancroïns, von Adamkiewicz-Wien. In der Académie de médecine zu Paris berichtete A. am 23. Oktober 1906 über seine Erfahrungen mit Cancroïn. Dieses Präparat, das dem Toxin der Krebszellen bekanntlich entsprechen soll, ist nach den Angaben des Erfinders etwa als Oxydhydrat des Trimethyl-Vinylammoniums zu bezeichnen und soll die Fähigkeit besitzen, die Carcinomzellen so zu modifizieren, daſs sie eine Metamorphose in bindegewebigen Massen erleiden. Der Prozeſs lasse drei Stadien erkennen: zunächst das Schrumpfen und Zerfallen der Carcinomzellen und die Entstehung von Lakunen an deren Stelle; zweitens folgt eine kleinzellige Einwanderung und schlieſslich die Umwandlung dieser Kleinzellen in Bindegewebe. Bei einer Patientin, welche an Lungenembolie verstorben und zwei Jahre vor dem Tode wegen Brustkrebs mit Cancroïn behandelt worden war, hat A. bei der Autopsie einen völligen Ersatz des Krebsgewebes durch Bindegewebe konstatiert.

Lancereaux: Das Verschwinden der Epithelzellen ist kein Beweis für die Heilung des Krebsprozesses. Das Überwuchern des Bindegewebes sieht man häufig genug beim Krebs, ebenso wie man diesen Vorgang an einer alternden weiblichen Brust sehen kann.

Reclus: Es kommt gar nicht ganz selten vor, daſs ein Erfolg bei der Krebsbehandlung sich nachträglich als ein nur scheinbarer herausstellt.

Adamkiewicz erwidert auf Befragen, daſs er mit Statistiken vorläufig nicht dienen könne. Er habe aber im Verlauf von 13 Jahren eine groſse Anzahl von Patienten mit Krebs an fast allen den verschiedenen Organen erfolgreich behandelt und sehr gute Resultate beobachtet. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bücherbesprechungen.

Kosmetische Hautleiden. Dr. Jessners Dermatologische Vorträge für Praktiker. Heft 17. (Würzburg, A. Stuber, 1907.) Als kosmetische Hautleiden werden Anomalien bezeichnet, welche entstellend wirken, Schönheitsfehler sind. Zu den angeborenen Hautveränderungen gehören die Muttermäler, die Ichthyosis, und für beide gibt Jessner praktische therapeutische Winke. Zu den Anomalien der Hautsekretion gehören der Fettmangel (Asteatosis), Schweiſsmangel (Anhidrosis), Seborrhoea, Comedonen, Akne vulgaris wie auch Hyperhidrosis und im Anhang daran Intertrigo, sowie die Hautveränderungen durch Frost. Eine weitere Anomalie bilden die Hautver-

färbungen, Pigmentanomalien (Hyperpigmentosen, Epheliden, Chloasmata, Gletscherbrand). Im Anschluſs an diese teilweise therapeutisch schwer zu behandelnden Leiden werden die Schmink- und Deckmittel behandelt. Nach Verlassen dieser Gruppe kommen die Hyperkeratosen an die Reihe (Callus, Clavus, Verruca, Mollusca fibrosa) und die Atherome und Lipome nebst einem Anhange über Massage in der Hautkosmetik. Der zweite Teil des Heftes beginnt mit den kosmetischen Haarleiden (Veränderungen der Haarfarbe wie Ergrauen, und den dazu gehörigen Färbemitteln, Veränderungen der Haarmenge, wie Hypertrichosis, Alopecie aller Art), denen sich die Nagelveränderungen anschlieſsen. Ein gutes Sachregister beschlieſst das kleine Heft, welches sich würdig seinen Vorgängern anreiht und einen neuen Beweis liefert für die unermüdliche Schaffenskraft Jessners, wirklich Praktisches den Ärzten zu bieten.

Bernhard Schulze-Kiel.

Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung, von S. Jessner-Königsberg. 5. Auflage. (Würzburg, A. Stuber. 1907.) Die Arbeit J.s bedarf längst keiner Empfehlung mehr; das beweist die Tatsache, daſs das Heftchen nun schon zum fünften Male neu aufgelegt werden muſste. *Götz-München.*

Dementia paralytica und Syphilis, von Gaston Vorberg. (Leipzig und Wien, Frz. Deuticke. 1906.) Die Arbeit faſst in prägnanter Weise das Ergebnis der Diskussion, welche im Frühjahr 1905 in der Pariser Académie de médecine über dieses Thema eingehend gepflogen wurde, zusammen und kommt zu folgenden Schlüssen: An Tabes und progressiver Paralyse, welche gleichsam Zwillingsschwestern sind, erkrankt nur, der mit Syphilis infiziert war. Weitere Ursachen sind vor allem ungenügende Behandlung der Syphilis, und prädisponierend Not des Lebens und Alkoholmiſsbrauch. Die Paralyse tritt meist zwischen dem sechsten und zwölften Jahre nach der Ansteckung auf — am häufigsten im zehnten Jahre; nach dem 13. Jahre nimmt sie immer mehr an Häufigkeit ab und tritt später als 20 Jahre, ebenso wie früher als sechs Jahre nach der Ansteckung höchst selten auf; im Gegensatz hierzu steht die eigentliche Gehirnsyphilis: zwei Drittel der von Fournier beobachteten 223 Fälle erkrankten in den ersten fünf Jahren nach der Ansteckung. Die Verhütung der Paralyse besteht in Verhütung der Syphilis und deren energischer Behandlung; in dieser Beziehung ist genügend lange fortgesetzte Quecksilberkur der sicherste, ja einzige Schutz, während V. der Jodbehandlung nur geringe Bedeutung zuschreibt. An Stelle der früheren chronischen intermittierenden Behandlung schlägt Fournier jetzt eine Behandlung in drei „Akten“ vor: erste Behandlung im Beginne der Erkrankung, Dauer zwei Jahre; zweite Behandlung um das vierte Jahr, Dauer ein Jahr und dritte Behandlung um das siebente oder achte Jahr, Dauer ein Jahr. Daneben hält Vorberg die Freiluftbehandlung — ebenso wichtig bei Syphilis wie bei Tuberkulose — und die Hydrotherapie in ihren „ableitenden“, tonisierenden Maſsnahmen für sehr empfehlenswert. Anhangsweise bespricht Verfasser die Paralyse Maupassants und Nietsches, bei welch' beiden sich die charakteristischen Gröſsenideen finden. *Stern-München.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Ein seltener Fall von Leukoderma syphiliticum, von L. Loew-Abbazia-Hall. (*Budapesti Orv. Ujs.* 1906. Nr. 31.) Fünf (?) Jahre nach der Infektion zeigte sich bei einer 36jährigen Frau hauptsächlich um den Genitalien und an den Innenflächen der Oberschenkel eine ausgebreitete, intensive, typische Leukoderma. Daneben bestand universelle Adenopathie, Defluvium capillorum, sowie papulöse Effloreszenzen im Gesicht. *B. Kollarits-Budapest.*

Lupus der Nase oder Syphilis? von Thibierge. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 17.) Bei einer 50jährigen Frau fand Th. die Weichteile der Nase und einen Teil des linken Nasenloches durch geschwürige Prozesse zerstört; die Veränderungen waren im Laufe von weniger als zwei Jahren zustande gekommen. Das Knochengerüst der Nase war intakt. Es handelte sich bei der Frau nicht um Lupus, wie es auf den ersten Blick den Anschein haben konnte, sondern um Syphilis; das bewies in erster Linie der verhältnismäſsig rasche Verlauf — Lupus wird in Zeit von zwei Jahren nie so groſse Zerstörungen hervorrufen —, dann aber auch der Erfolg der spezifischen Behandlung; eine Injektionskur von zweimonatlicher Dauer führte zu vollständiger Vernarbung. *Götz-München.*

Pes inflammatus syphiliticus, nebst Bemerkungen zur Wirkung des Jod auf tertiär-syphilitische Krankheitsprozesse, von Ludwig Waelsch-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 41.) W. berichtet über einen Fall von Pes inflammatus syphiliticus, der sich durch deutliche, sehr schmerzhafte Knochenverdickungen an beiden Malleolen, besonders am äuſseren, ferner an der Tuberositas ossis navicularis linkerseits und eine erhebliche Schmerzhaftigkeit der linken Tibia beim Beklopfen charakterisierte. An der hinteren Rachenwand mehrere linsengroſse, scharfrandige, wie mit einem Locheisen herausgeschlagene, schmierig belegte Geschwüre. W. verordnete Ruhigstellung des Fuſses, Einpackung in Hg-Pflaster und innerlich Decoct. Zittmanni 200 g p. d. mit 3,0 Jodkalium. Heilung nach $2^1/_2$ Monaten. Ein zweiter Fall von Pes inflammatus lueticus, den W. beobachtete, heilte ebenfalls prompt unter antisyphilitischer Behandlung. Im ersten Fall traten einige Monate nach der Entlassung neuerlich tertiäre Zerfallsprozesse an der hinteren Rachenwand auf, die sich auf Verabreichung von 3,0 Jodkalium p. d. rapide verschlimmerten und prompt in vier Wochen abheilten unter kombinierter Behandlung von Jod mit Decoct. Zittmanni. W. führt die Verschlimmerungen auf Reizwirkungen des Jodkaliums zurück, die es glücklicherweise selten entfaltet. In einem dritten Fall von schmerzhaften Periostitiden resp. Myositiden trat ebenfalls unter Jodkalium-Medikation eine Verschlimmerung ein, dauernde Heilung erst unter Jodbehandlung kombiniert mit lokaler allgemeiner Hg-Applikation. *Putzler-Danzig.*

Die Syphilis der Schilddrüse, von Felix Mendel-Essen (Ruhr). (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 32.) An der Hand drei sehr interessanter Krankengeschichten bespricht Verfasser die Syphilis der Schilddrüse und gelangt zu folgenden Resultaten: Auſser der circumscripten Neubildung in der Schilddrüse (Gumma), die als Teilerscheinung der visceralen Syphilis beobachtet wird, gibt es eine durch das Syphilisvirus hervor-

gerufene interstitielle Entartung derselben, welche zur Bildung harter, grofshöckeriger Tumoren von beträchtlicher Gröfse führt, die durch ihre Konsistenz eine Struma maligna vortäuschen können. Sie bereiten keine Schmerzen, wohl aber Schluck- und Respirationsbeschwerden. Sie entwickeln sich nach den bisherigen Beobachtungen nur in bereits krankhaft veränderten Schilddrüsen und werden beim weiblichen Geschlecht viel häufiger als bei Männern beobachtet. Das mikroskopische Bild der Struma syphilitica zeigt eine bindegewebige Entartung des Parenchyms in der Peripherie, im Zentrum strukturloses Gewebe mit eingelagerten Rundzellenanhäufungen, die nach Art frischer Tuberkeln Riesenzellen mit wandständigen Kernen aufweisen, und charakteristische Wucherungsvorgänge an den Gefäfsen, welche zur Verödung derselben und fibröser Entartung führen.

Differentialdiagnostisch kommt klinisch nur die Struma maligna in Betracht, da der Krankheitsverlauf sowie das Fehlen der Tuberkelbazillen die Tuberkulose von vornherein ausschliefsen. Vom Carcinom oder Sarcom unterscheidet sich die Struma syphilitica durch die langsame Entwicklung und die absolute Schmerzlosigkeit; aufserdem verwächst sie nie mit der umgebenden Haut. In zweifelhaften Fällen soll zur Sicherung der Diagnose stets ein Versuch mit Quecksilber- und Jodkaliumbehandlung gemacht werden, ehe zu Operationen geschritten wird.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Sogenannte maligne Syphilis und deren Behandlung, von F. J. Lambkin-London. (*Lancet.* 3. Nov. 1906.) Verfasser hat als Militärarzt reichliche Gelegenheit, verschleppte und schwere Fälle von Syphilis zu beobachten. In vielen Fällen fand er, dafs Malaria und Nierenleiden ein ausschlaggebendes Moment für eine maligne Wendung abgeben, abgesehen von den sonstigen allgemein betonten Faktoren der Hygiene usw. Betreffs der Therapie hat er grofses Vertrauen zum Oleum griseum (in Dosen von 0,03 des metallischen Hg wöchentlich als Maximum), oder, falls eine möglichst schnelle Wirkung nötig ist, Kalomel in subcutaner Gabe (0,06 wöchentlich) bis zur Erzielung des physiologischen Effektes. Im allgemeinen fährt er einen Monat lang mit dieser Behandlung fort und läfst dann eine vierwöchige Pause eintreten. Bei Neigung zu Hämorrhagien ist Calciumchlorid in Gaben von 0,6—1,8 per die innerlich verabreicht das wirksamste Mittel. Sarsaparilla, Heifsluftbäder, Jodkalium, Jodipin und bei lokalen Läsionen der Schleimhäute Chrompräparate stehen auch in erster Reihe unter Heilmitteln. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über tertiäre Lues, von Benda-Berlin. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 29.) Benda zeigt in der Sitzung vom 4. Juli 1906 einige Präparate von Spirochätenbefund bei einem Falle von tertiärer Lues der Berliner medizinischen Gesellschaft. Die Spirochäten fanden sich nur auf dem histologisch spezifisch veränderten Krankheitsherde. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Muskelgummen im Frühstadium der Syphilis, von Georg Praetorius. (Inaug.-Dissert. Rostock 1905.) Nach einer historischen Einleitung gibt Verfasser eine Besprechung der Literaturangaben über diffuse syphilitische Myositis und Muskelgumma. Ein prinzipieller Unterschied besteht nicht zwischen beiden. Gummenbildung wie diffuse syphilitische Entzündung beruhen überall auf dem gleichen Vorgang. Immerhin ist eine Unterscheidung wenigstens bis zu einem gewissen Grade möglich. Vor allem die Tumornatur des Gumma und die mehr oder minder scharfe Abgrenzung von der Umgebung; dann das im allgemeinen langsamere Wachstum des Gumma, die geringere Schmerzhaftigkeit und geringere Funktionsbehinderung. Anatomisch: beim Gumma die stärkere Granulationswucherung, die schnellere Bildung nekrotischer Herde. Bei Übergangsformen ist die Differentialdiagnose oft recht schwierig.

Muskelerkrankungen gehören mit zu den seltensten Erscheinungen der Syphilis überhaupt. Muskelgummen gehören, wie die Gummenbildungen überhaupt, in ihrer gröfsten Mehrzahl dem Spätstadium der Lues an. Es sind aber doch immer wieder einzelne Fälle beobachtet worden, wo es bereits in früheren und frühesten Stadien zur typischen Geschwulstbildung im Muskel kam. Diese Fälle haben nicht die gebührende Beachtung gefunden.

Verfasser hat sich im Anschlufs an einen neuen Fall, auf die verdienstliche Anregung von Prof. Wolters die Aufgabe gestellt, die in der Literatur veröffentlichten Fälle von Muskelgummen im Frühstadium zusammenzustellen.

Der neue Fall zeigt, abgesehen vom Muskelgumma einen typischen Verlauf. Die histologische Untersuchung war möglich und ergab typisches Gumma (Zentrale, durch starke Faserzüge abgekapselte Erweichungen inmitten einer gewaltigen Wucherung von Granulationsgewebe). Das Muskelgumma gehörte anscheinend dem Pronator teres an.

Es folgen dann die auszugsweise mitgeteilten Krankengeschichten der Fälle von Muskelgumma im Frühstadium, die Verfasser in der Literatur finden konnte: Mauriac (5), Jullien (1), Diday (1), Giorgini (2), Froidure (2), Neumann (1), Bier (1), Ostermayer (1), Matzenauer (3), Joseph (1 Fall).

Kombinationen, resp. gleichzeitiges Vorkommen von diffuser Myositis und Gumma finden sich in fünf Fällen. Es kommen, wenn auch die Myositis diffusa die typische Form der syphilitischen Muskelerkrankung im Frühstadium bildet, verhältnismäfsig nicht allzu selten schon in dieser Periode auch reine Muskelgummen bei sonst normalem Verlaufe der Krankheit vor.

Weitaus in der überwiegenden Mehrzahl ist das männliche Geschlecht befallen (15 mal), das weibliche nur 4 mal. Das Lebensalter der Kranken beträgt meist 20—30 Jahre. In zehn Fällen war nur je ein einziges Gumma vorhanden, in den übrigen zwei oder mehr, in dem einzig dastehenden Fall von Neumann sogar zirka zehn. Symmetrie wurde nur einmal beobachtet.

Was den Sitz der Gummen betrifft, so steht an erster Stelle die Unterarmmuskulatur (5 mal). Bei der diffusen Myositis im Frühstadium ist die Unterarmmuskulatur nur ganz vereinzelt befallen.

Der Verlauf ist, von den ganz malignen Fällen abgesehen, im allgemeinen ein durchaus gutartiger.

Die Therapie ist die spezifische. *Fritz Loeb-München.*

Die funktionellen Veränderungen der Leber und die Syphilis dieses Organs. Klinischer Vortrag von de Renzi. (*Rif. med.* 1906. Nr. 16.) Der Fall betrifft eine 22jährige Frau, mit Icterus, Hypertrophie der Leber und der Milz, Fehlen von Ascites, dagegen mit einer Hyperaktivität des Leberparenchyms (Ausscheidung von zirka 29 g Harnstoff pro die), worauf sich die Diagnose einer hypertrophischen biliären Lebercirrhose gründete. Da ferner die Patientin früher an nächtlich exacerbierenden Knochenschmerzen gelitten hatte (andere Symptome von Lues liefsen sich anamnestisch nicht eruieren), so wurde die Ursache der Cirrhose auf Syphilis zurückgeführt. (*Nuova Rivista Clinico-terapeut.* 1906. Nr. 3.) *C. Müller-Genf.*

Lebersyphilis mit starker Vergröfserung der Milz, von Grenier. (*Thèse de Paris.* Nach *Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 35.) Syphilis bewirkt zuweilen Lebererkrankungen, die mit starker Vergröfserung der Milz einhergehen. Klinisch lassen sich in der Entwicklung der Erscheinungen drei Perioden unterscheiden. Zuerst treten Verdauungsstörungen auf, die sechs Wochen bis zu einem Jahre andauern können. Dann zeigt sich eine Milzvergröfserung, ohne dafs sich zunächst das Volumen der Leber ändert. Erst in der dritten Periode wird auch die Leber gröfser und zugleich

druckempfindlich, und gleichzeitig nimmt auch der Milztumor noch gewaltig an Umfang zu; er ist hart, glatt und leicht druckempfindlich, und weist am Nabel gewöhnlich eine seichte Einkerbung auf. Schliefslich stellen sich Zirkulationsstörungen, Ascites ein und zuletzt erst Ikterus, der immer stärker wird. Das Blut läfst keine wesentlichen Veränderungen erkennen, nur die Zahl der roten Blutkörperchen ist zumeist etwas vermindert. Die Diagnose ist eine sehr schwierige, sie kann nur per exclusionem gestellt werden, oft auch läfst sich nur durch die Sektion, wenn die charakteristischen Veränderungen der Leber sichtbar werden, die Natur der Krankheit ermitteln. Die Prognose ist ungünstig, die spezifische Behandlung bleibt wirkungslos.

Göts-München.

Über auffallende Klebrigkeit der roten Blutkörperchen bei einem Fall von Leber- und Milzschwellung, von Georg Bub. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1906.) Die beachtenswerte Arbeit läft sich nicht kurz referieren. Es sei hier nur hervorgehoben, dafs wahrscheinlich Lues in ätiologischer Beziehung in Betracht kam.

Fritz Loeb-München.

Klinischer Beitrag zur frühzeitigen Nierensyphilis, von Secchi. (*Cagliari*, 1906.) An der Hand des Literaturmaterials und zwei eigenen Fällen weist der Verfasser nach, dafs sich die syphilitische Nephritis, was Symptomatologie und pathologische Anatomie anbelangt, von den anderen Arten von Nephritis nicht unterscheidet. Dieser Unterschied liegt allein in der Ätiologie und hier spielen eine wichtige Rolle andere Krankheiten in der Vergangenheit der Patienten, Krankheiten, die hauptsächlich im Gefäfssystem ihre Spuren hinterlassen haben.

C. Müller-Genf.

Beobachtungen über Mundsyphilis, von A. A. Scot Skirving-Edinburg. (*Scott. journ.* Mai 1906.) Vor Zahnärzten gehaltener Vortrag über all' die Erscheinungen, welche bei Syphilis vom Primäraffekt bis zum Gumma, Gaumenperforation, Leukoma im Bereiche der Mundhöhlen vorkommen können. Sk. sieht strenge darauf, dafs Patienten mit primärer Syphilis nicht rauchen (bei sekundären Erscheinungen im Munde natürlich nicht) und dafs ihnen dies erst wieder erlaubt wird, wenn das Sekundärstadium hinter ihnen ist. Bezüglich der Behandlung bedauert er, dafs in Grofsbritannien der Wert der Quecksilbereinreibungen noch nicht genügend gewürdigt und Quecksilber noch viel zu häufig per os gegeben werde; besser wären allerdings noch die Injektionen, wenn sie nicht die beiden Nachteile hätten, dafs sie Schmerzen verursachen, und der Patient zu häufig den Arzt aufsuchen müfste. Auch bei Tertiärerscheinungen, wo ja in erster Linie Jodpräparate von Wichtigkeit sind, kann trotzdem daneben auch Quecksilber in vielen Fällen wertvoll sein, zumal in jenen Fällen, wo es in den Frühstadien nicht oder nur in geringer Dosis gegeben wurde. Wo immer möglich, sollte, so schliefst Skirving, eine kurze Quecksilberkur angeordnet und in keinem Falle dann übersehen werden, wenn die Anamnese Zweifel an einer früheren Quecksilberbehandlung aufkommen läfst. *Stern-München.*

Glossitis syphilitica sclerosa parenchymatosa im sekundären Stadium der Syphilis, von Duhot. (*Ann. de la Policl. centr.* 1906. Nr. 5.) Beschreibung eines Falles von Glossitis parenchymatosa, die 19 Monate nach der Infektion aufgetreten ist (vorgestellt in der belgischen dermatologischen Gesellschaft). Verfasser betont dies zum Beweise, dafs die Einteilung der Syphilis in drei Perioden keine exakte ist. — Was die Behandlung anbelangt, trotzte der beschriebene Fall bis jetzt den Einreibungskuren. Verfasser will ihm nun Calomel injizieren und hofft mit dieser Methode Erfolg zu erzielen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Glossitis scleroparenchymatosa atrophica mit Leukoplakie und carcinomatöser Entartung, von Duhot. (*Ann. de la policl. centr.* 1906. Nr. 6.) Verfasser

beschreibt einen Fall von Glossitis interstitialis diffusa, die im Laufe von 20 Jahren in eine atrophische Form übergegangen ist. Der Beginn der Zungenerkrankung trat 15 Jahre nach der luetischen Infektion auf, die seinerzeit sehr mangelhaft behandelt war. Die Schleimhautoberfläche der Zunge ist an mehreren Stellen mit leukoplakischen Auflagerungen bedeckt, die auch auf der Wangen- und Lippenschleimhaut zu sehen sind. Eine von diesen Auflagerungen war carcinomatös degeneriert und ist vor einigen Monaten operativ entfernt worden.

Verfasser bespricht bei dieser Gelegenheit die Ätiologie und Therapie der Leukoplakien und teilt diesbezüglich vollkommen den von Lévy-Bing am letzten Kongreſs in Lissabon vertretenen Standpunkt: die Leukoplakien seien immer syphilitischen Ursprungs und müssen energisch antiluetisch behandelt werden, da sie sonst carcinomatös degenerieren. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über Fieber bei visceraler Syphilis, von H. Westphalen-Petersburg. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 36.) W. teilt 15 Krankengeschichten eigener Beobachtung mit, welche beweisen sollen, daſs tertiärluetische Erkrankungen der Knochen, des Zentralnervensystems, der Leber und wohl auch der Lunge mit Fieber einhergehen können und zwar ist dieses Fieber hervorgerufen direkt durch die Syphilis selbst, nicht etwa durch konkomitierende Komplikationen. W. ist mit Klemperer der Ansicht, daſs das Fieber weder durch das Organ, innerhalb welchem der luetische Prozeſs seinen Sitz gefunden hat, erklärt zu werden braucht, noch durch die Resorption von Zerfallsmassen, die nur indirekt mit der Lues in Beziehung stehen, sondern einzig und allein durch die Lues selbst resp. durch die Anwesenheit des organischen Krankheitserregers, der Spirochaeta pallida. Es ist daher das Fieber als ein nicht ganz seltenes Faktum unter die Symptome der Viscerallues aufzunehmen und bei Verdacht auf Syphilis eines inneren Organs ein gleichzeitig bestehendes Fieber nicht gegen, sondern für die Diagnose zu verwerten. *Putzler-Danzig.*

Ein neuer Fall von Magensyphilis, von Georges Hayeur-Paris. (*Presse méd.* 1906. Nr. 35.) Verfasser berichtet über einen Patienten, welcher vor 25 Jahren Syphilis hatte. Seit einigen Jahren stellten sich Magenbeschwerden ein, zuerst in Form einer Gastritis, allmählich aber wurden sie schlimmer und zeigen nun die Symptome einer Pylorussthenose. Im Mageninhalt sind stets unverdaute ältere Speisereste, der Appetit fehlt, der Schmerz nach der Nahrungsaufnahme ist bedeutend. Differentialdiagnostisch kommt Magengeschwür, Krebs, Tuberkulose in Frage, doch legt die frühere Syphilis und vor allem auch Zeichen von Tabes den Verdacht nahe, daſs es sich um eine Magensyphilis handelte. Eine baldigst mit Jod und Merkur eingeleitete Kur brachte eine Bestätigung der Diagnose und wirkte sofort bessernd. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ist die sogenannte syphilitische Striktur des Rectums auf Blennorrhoe zurückzuführen? von W. S. Sweet-Keyfield (Australien). (*Brit. med. Journ.* 22. Sept. 1906.) Verfasser vertritt die Auffassung, daſs die meisten Fälle von Striktur des Rektums durch blennorrhoische Infektion bedingt sind. Dafür spreche die Entwicklung von derbem Bindegewebe an den ergriffenen Stellen. Er berichtet über einen Fall bei einem 27jährigen Manne, bei dem wegen vollständigem Fehlen des Präputiums die Übertragung auf die Nachbarteile erleichtert war. Patient zeigte am Anus auch Riesenkomedonen, welche aufgeschnitten durch die ganze Dicke der Haut verlaufend gefunden wurden. S. glaubt, daſs durch die Follikel die Infektion weiter befördert worden sei. — (?) *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Studie über den syphilitischen Diabetes, von D. Troller. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 138.) Verfasser bezeichnet die Syphilis als eine relativ häufige Ursache der Erkrankung an Diabetes. Die syphilitische Zuckerharnruhr kann im sekundären

Stadium auftreten, zeigt sich aber häufiger im tertiären. Gelegentlich wird in der zweiten Periode der Syphilis eine passagere Glykosurie beobachtet, welche in gewissen Fällen die Einleitung eines echten Diabetes bildet. Unter den syphilitischen Diabetesformen, welche im Verlaufe der tertiären Periode zur Beobachtung kommen, sind drei Formen zu unterscheiden: 1. Ein nervöser Diabetes; derselbe tritt besonders bei Leuten zwischen 20—40 Jahren auf, manchmal recht kurz nach der Infektion (1 bis 2 bis 4 Jahre) und geht einher mit verschiedenen cerebralen Erscheinungen. 2. Ein Pankreasdiabetes; tritt meist spät nach der Infektion auf (15—30 Jahre) und geht mit gastrointestinalen Störungen einher; seine Prognose ist ernst. Pathologisch ist diese Form charakterisiert durch eine Sklerose des inter- und intralobulären Bindegewebes (sekundär erkranken die Langerhansschen Inseln). 3. Eine weitere Diabetesform, welche weder von cerebralen noch pankreatischen Erscheinungen begleitet ist und bei Individuen im Alter von 35—50 Jahren 15—20 Jahre post infectionem auftritt, ist bei rechtzeitiger Einleitung der Therapie wesentlich günstiger zu beurteilen als die beiden vorher genannten Formen.

Es gibt ferner neben dem syphilitischen Diabetes Diabetesfälle, welche ihrer Ätiologie, nicht ihrer Natur nach syphilitisch zu sein scheinen: parasyphilitischer Diabetes. Es sind Fälle bekannt, in welchen diese Diabetesform bei Hereditärsyphilitischen beobachtet und durch Einleitung einer spezifischen Kur rapid zum Verschwinden gebracht wurde. Verfasser weist darauf hin, daſs ja bei Hereditärsyphilitischen auch recht häufig Pankreasveränderungen gefunden werden und bringt den parasyphilitischen Diabetes damit in Zusammenhang.

Da in den Fällen, welche keinen Zweifel an der syphilitischen Ätiologie des Diabetes lassen, eine spezifische Merkurbehandlung von gröſstem Erfolg ist, wäre man nach der Ansicht des Verfassers berechtigt, in allen jenen Diabetesfällen, deren Ätiologie eine zweifelhafte ist, wenigstens einen Versuch mit dieser Therapie zu machen.

Fritz Loeb-München.

Syphilis der Prostata, von Drobuy. (*Med. Obosrenje.* 1906. Nr. 7.) Verfasser berichtet über den seltenen Befund eines Gumma der Prostata bei einem 32jährigen Kavalleristen, 12 Jahre nach der Infektion mit Syphilis, welche nur im ersten Jahre mit 68 Einreibungen behandelt worden war. Die Erscheinungen erinnerten an eine blennorrhoische Epididymitis, aber bei dem Fehlen irgendwelcher Anhaltspunkte für diese, versuchte Verfasser eine Hg-Spritzkur ohne lokale Behandlung, unter welcher die Vergröſserung der Drüse wie die Beschwerden schwanden.

Arthur Jordan-Moskau.

Akute gelbe Leberatrophie im Verlaufe der sekundären Syphilis, von Nikolski. (*Med. Obosrenje.* 1906. Nr. 7.) Zu den von Richter im 23. Bande der *Charité-Annalen* (1898) besprochenen 41 Fällen von akuter gelber Leberatrophie (39 aus der Literatur, 2 eigene) bei Syphilis fügt Verfasser 5 neue hinzu, wovon 4 der weiteren Literatur (Fälle von Talawok, Fournier, Thurwald und Seredey und Lemaire) und einer der eigenen Beobachtung angehört. In dem Nikolskischen Fall handelte es sich um ein 16jähriges Mädchen, welches gleichzeitig mit dem Ausbruch der ersten Allgemeinerscheinungen an akuter gelber Leberatrophie erkrankte, der sie erlag. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Leber ergaben sich vor allem Veränderungen der Leberzellen bis zu völligem Schwund derselben.

Arthur Jordan-Moskau.

Über die Syphilis des Oberkiefers mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zu Affektionen des Zahnsystems, von Georges Mouton. (*Thèse de Nancy.* 1905. Nr. 13.)

Fritz Loeb-München.

Syphilis und Tuberkulose der Genitalien, von SLATINEANU und JIANU. (*Revista Stüntelor Medicale*. Bd. I, 1. Jahrg., 1905.) Bei dem 16jährigen Knaben (hereditär syphilitisch) fanden sich nebeneinander vor eine Tuberkulose des Nebenhodens und ein ulceriertes Gumma des Hodens. Die Diagnose dieser beiden gleichzeitig bestehenden Affektionen wurde durch die Therapie und den histologischen Befund einerseits, durch das Resultat der Inokulationen auf Meerschweinchen andererseits bestätigt. *C. Müller-Genf.*

Über schmerzhafte Drüsenschwellung bei Lues, von HANS VÖRNER-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr*. 1906. Nr. 33.) Bei einem Manne, der vor Jahresfrist luetisch infiziert worden war, aber keine spezifische Behandlung durchgemacht hatte, fand sich neben anderen syphilitischen Manifestationen dicht hinter der rechten Klavikula ein Tumor, der im Durchmesser 6—7 cm hatte, sich nicht verschieben liefs, durch Druck auf den Nerven Parästhesien namentlich im Medianusgebiet verursachte und sowohl spontan wie bei Berührung empfindlich war. Auf eine antiluetische Kur ging der Tumor rasch zurück, und es liefsen sich nun die anfänglich noch stark vergröfserten, aber beweglichen Supraklavikulardrüsen palpieren.

Bei einem anderen Patienten schwollen ein halbes Jahr nach dem Auftreten eines Primäraffektes die Lymphdrüsen am Halse und Nacken, die rechte Submaxillardrüse, die Leistendrüsen und die rechte Kubitaldrüse sehr stark an und verursachten spontan und bei Berührung heftige Schmerzen; Zeichen einer Entzündung der Drüsen waren nicht vorhanden. Allgemeine und lokale antiluetische Behandlung beseitigte Schmerzhaftigkeit und Schwellung.

Endlich beobachtete V. bei einem Manne, der seit einem Jahre syphilitisch war, in der linken Brust einen ca. 6 cm im Durchmesser haltenden, derben, mit der Warze verbundenen Tumor, der von normaler Haut bedeckt und sehr schmerzhaft war. Energische spezifische Behandlung behob in wenigen Tagen die Schmerzen, und nach sechs Wochen war der Tumor verschwunden. *Götz-München.*

Ein seltener Fall von Keratitis gummosa, von JOSEF POLLAK-Prag. (*Wien. med. Wochenschr*. 1906. Nr. 16.) Ein Hornhautgumma wird hier und da noch als nicht möglich bezeichnet und geleugnet, und doch glaubt P. den von ihm in der böhmischen Augenklinik beobachteten Fall für den Beweis, dafs die Keratitis eine selbständige Erkrankung ist, anführen zu müssen. Ein schwächlich gebauter, dürftig genährter 24jähriger Mann, mit Zeichen einer akquirierten Syphilis, kommt nach schon mehrmalig vorangegangenen Entzündungen des Auges zum dritten Male in Behandlung mit folgendem Befund: Die Augapfelbindehaut gerötet, mit bedeutender episkleraler Injektion; in der Hornhaut tiefe, punktförmige, graufarbige Trübungen; im äufseren oberen Quadranten, nahe der Mitte, finden wir in den tiefsten Schichten, deutlich tiefer als die erwähnten punktförmigen Trübungen, einen homogenen, graugelblichen Knoten, an dem der gelbliche, fast orangefarbige Ton namentlich an den Rändern auffällig hervortritt, von ovaler Form, deren horizontale, längere Achse zirka 2 mm mifst und die kürzere, vertikale 1,5 mm; für die tiefe Lage des Knotens im Hornhautgewebe sprechen die von der Aufsenseite zum Knoten ziehenden feinen Gefäfse, welche denselben ganz, auch an seiner Vorderseite umspinnen.

Die Regenbogenhaut ist stark dekoloriert, das Parenchym geschwellt, von verwischter Zeichnung mit bedeutend schwereren Entzündungserscheinungen als zum Beginne der Erkrankung.

Dem Patienten werden Schmierkuren verordnet. Bei keiner der Untersuchungen konnten am Augenhintergrunde, besonders in der Peripherie auffallende Veränderungen, welche für die spezifisch namentlich hereditär luetische, tiefe Hornhaut-

entzündung so charakteristisch sind (punktförmige Pigmentierung und atrophische Stellen), konstatiert werden. Der Geheilte hat seinen Beruf wieder aufgenommen.

„Es ist das Natürlichste, an ein Hornhautgumma zu denken," und P. begründet das mit folgendem: Die Anamnese und der Befund deuten auf eine vor vier Jahren stattgehabte Infektion, womit sich das Vorkommen eines Gummas in Einklang bringen liefse. Der ganze Verlauf dieser Hornhauterkrankung ist im Vergleiche zu der gewöhnlichen Dauer einer Keratitis profunda e lue hereditaria ein verhältnismäfsig kurzer, während bei der akquirierten Lues solche Erkrankungen der spezifischen Behandlung schneller weichen.

Das klinische Bild spricht ebenfalls für keine Keratitis profunda gewöhnlicher Form; besonders hervorzuheben ist, dafs bei zweimaligem Vorkommen einer Keratitis profunda e lue hereditaria ophthalmoskopische Veränderungen in der Peripherie des Augenhintergrundes mit der gröfsten Wahrscheinlichkeit erwartet werden könnten; dieses Symptom ist wohl kein regelmäfsig vorkommendes, nichtsdestoweniger finden wir es sehr häufig bei der gewöhnlichen Form der tiefen Hornhautentzündung.

Arthur Rahn-Berlin.

Bericht über 38 Fälle von Stauungspapille, von Bruno Lehnerdt. (Inaug.-Dissert. Halle-Wittenberg. 1905.) Ätiologisch kam Lues einmal in Betracht = 2,6 %. Uthoff fand bei 204 Fällen von Stauungspapille 27 Fälle von Lues = 13,2 %. Mock fand bei 47 Fällen 1 Fall = 2,1 %. *Fritz Loeb-München.*

Die Behandlung der durch akquirierte Syphilis bedingten progressiven Atrophie des Sehnerven, von C. Stedman Bull - New York. (*Journ. amer. med. assoc.* 15. Sept. 1906.) Die syphilitische Atrophie des N. opticus bietet klinisch verschiedene Formen dar, die partielle und die totale, die stationäre und die progrediente. Nach B.s Erfahrungen ist die Therapie der Affektion gegenüber machtlos, und die gelegentlich berichteten Erfolge sind als Fälle von partieller stationärer Atrophie zu deuten. Er hat bei 25 Privatpatienten, bei denen die üblichen Behandlungsmethoden versagt hatten, die auch von anderen Ophthalmologen angewandten Injektionen von Sublimat (1/2—1 g einer Lösung 1:5000 bis 1:2000) unter die Conjunktiva und auch (bei 3 Kranken) in die Nervenscheide gegeben. Dabei hat er, um eine sichere Lokalisierung der Flüssigkeit zu erzielen, auch bei den einfachsten subkonjunktivalen Injektionen erst die Bindehaut von der Sclera abpräpariert und weit nach hinten hin injiziert. Bei guter Kokainisierung war der Schmerz unbedeutend, auch bei den vaginalen Injektionen. Der Erfolg war aber entschieden negativ.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Neuere Erfahrungen und Anschauungen über die syphilitischen Erkrankungen der Zirkulationsorgane bei akquirierter Lues, von C. Bruhns-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 17.) Verfasser bespricht die jetzt herrschenden Anschauungen über die syphilitischen Erkrankungen des Herzens, cirkumskripte Erkrankungen, Gummata, diffuse Infiltration in der Früh- und Spätperiode, das Zustandekommen einer Herzerkrankung bei Syphilis kann durch verschiedene Momente, wie Alkohol, übermäfsige Anstrengung, schon bestehende Arteriosklerose usw. begünstigt werden. Der Verlauf ist meist ein schleichender. Weiter werden die Erkrankungen der Gefäfse besprochen, das Bemerkenswerte für die syphilitische Arteriitis ist vielfach das Auftreten in einem jugendlichen Alter, in dem gewöhnlich Arteriosklerose noch nicht vorkommt. Eingehend werden die Erkrankungen der Aorta besprochen. Die Ansicht ist, dafs es eine besondere, von der Arteriosklerose zu trennende und durch die Veränderung vorwiegend in der Adventitia und Media charakterisierte Form der syphilitischen Aortenerkrankungen gibt. Auch die Erkrankungen der Venen werden beleuchtet. Aus allem ersieht man, dafs der Einflufs der Syphilis auf

Herz und Gefäfse von der gröfsten, lebenswichtigsten Bedeutung ist, deshalb ist die Diagnose von eminenter Wichtigkeit, und mufs man in fraglichen Fällen mit antisyphilitischen Medikamenten vorgehen. Die Prognose ist meist nicht ungünstig, die Behandlung ist natürlich die übliche mit Merkur und Jod.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über einen Fall von multiplen Syphilomen des Herzens, von Arnold Futran. (Inaug.-Dissert. München. 1905.) Verfasser gibt in seiner fleifsigen Arbeit zunächst eine Übersicht über Gummen im allgemeinen, um zu einer Betrachtung der gummösen Erkrankungen der inneren Organe und hauptsächlich des Herzens überzugehen. Das Verdienst, zum ersten Male eine wirkliche syphilitische Erkrankung des Herzens beschrieben zu haben, gehört Ricord, der im Jahre 1845 einen Fall von gummösen Neubildungen im Herzen einer Frau mitgeteilt hat. Bald darauf haben auch andere Autoren solche Fälle beschrieben. Die Meinungen, wie diese Gummen im Herzen gebildet werden, waren sehr verschieden, und keine von ihnen hat der Wirklichkeit entsprochen.

Aufser Myocarditis gummosa findet sich nicht selten eine einfache Myocarditis fibrosa syphilitica, welche einzeln oder gleichzeitig mit der gummösen Form kombiniert vorkommen kann. In den vom Verfasser zusammengestellten und im zweiten Teil der Arbeit ausführlich mitgeteilten 79 Fällen finden sich 24 mit reiner Myocarditis fibrosa syphilitica und 21 solche in Kombination mit Gummen. Die fibrösen Bindegewebsbildungen im Myocard stellen rötlichgraue, sehnig glänzende Stränge oder Platten dar. Sie sind nie scharf gegen die Umgebung abgegrenzt, sondern senden ihre sich allmählich verjüngenden Ausläufer in die Umgebung fort. Sie finden sich in jedem Abschnitte des Herzens, insbesondere aber im linken Ventrikel. Nicht selten durchsetzen sie die ganze Wand, so dafs Stränge vom Epicard durch die Muskulatur hindurch bis zum Endocard ziehen.

Bei der Entstehung der Myocarditis fibrosa syphilitica können nach Futran folgende Momente als Ursache der Schwielenbildung angenommen werden: Entweder beginnt der ganze Prozefs mit einer zelligen Proliferation der Adventitia der kleinsten Gefäfse, verbunden mit einer gleichzeitig vorhandenen Endarteritis proliferans oder sogar obliterans. Das zellige Infiltrat schiebt sich zwischen den einzelnen Muskelfasern hinein, wird allmählich zellärmer und gewinnt mehr ein faseriges, derbes Aussehen; die dazwischenliegenden Muskelfasern verfallen durch den immer zunehmenden Druck des schrumpfenden Bindegewebes der Nekrose, und auf diese Weise kann ein mehr oder weniger grofser Teil des Herzmuskels zugrunde gehen und durch eine bindegewebige Schwiele substituiert werden; oder die Bindegewebsschwiele kann noch in der Weise entstehen, dafs der Herzmuskel selbst erkrankt und degeneriert, entweder infolge der direkten Einwirkung des Syphilisvirus auf die Herzmuskelsubstanz, wie auch bei anderen infektiösen Erkrankungen eine toxische Wirkung auf die Herzmuskulatur beobachtet wird, oder die Muskelnekrose erweist sich als Folge der Gefäfserkrankung, indem die Ernährung des Muskelgewebes von seiten der erkrankten Gefäfse schwer leidet oder sogar vollständig aufgehoben wird; die primär durch fettige oder körnige Degeneration zugrunde gegangene Muskelsubstanz wird erst sekundär durch wucherndes Bindegewebe ersetzt. Die Beobachtungen zeigen, dafs beide Möglichkeiten, die produktive Entzündung und Schwielenbildung nach Nekrose infolge obliterierender Endarteritis durch Syphilis erzeugt werden können.

Was syphilitische Erkrankungen anderer Herzteile wie Pericard und Endocard, anlangt, so kommen selbständige Erkrankungen dieser Abschnitte sehr selten vor, fast immer sind sie sekundär anzutreffen nach einer Affektion der Muskulatur, wenn der Prozefs sich direkt auf das Endocard oder Epicard fortgesetzt hatte,

und dann ist wie die gummöse auch die fibröse Form zu finden. In der Literatur ist sehr wenig über primäre syphilitische Pericarditis zu finden.

Was die syphilitische Erkrankung des Endocards anbelangt, so ist bis jetzt kein einziger Fall von sicherer, selbständiger, primärer Erkrankung des Endocards bekannt, da eine selbständige Erkrankung bei der vollständigen Gefäſslosigkeit des Endocards überhaupt kaum möglich ist, und alle in der Literatur verzeichneten Fälle von sicherer Endocarditis syphilitica sind fortgeleitete Prozesse vom Myocardium aus. Taneff in seiner Dissertation „Über Endocarditis syphilitica" (Berlin 1896) konnte aus der Literatur 85 sichere Fälle von syphilitischer Endocarditis zusammenstellen, und unter ihnen will er 18 Fälle von selbständiger Endocarditis syphilitica gefunden haben.

Eine besondere Aufmerksamkeit verdienen noch die Entzündungsprozesse an den Klappen; viele von den in der Literatur mitgeteilten Fällen von syphilitischen Entzündungen der Klappen sind wahrscheinlich zweifelhafter Natur.

Was die syphilitische Erkrankung der Herzgefäſse anbelangt, so finden sich sowohl die Anfangsteile der groſsen Gefäſse, wie auch die Koronararterien und kleinsten Muskelgefäſse in typischer Weise erkrankt, wie es zuerst Heubner für die Gehirngefäſse nachgewiesen hat.

Die syphilitische Affektion des Anfangsteils der Aorta wird von manchen Autoren zur Herzsyphilis zugerechnet, weil ja die Erkrankung dieses Abschnittes durch Verengerung oder sogar Verschlieſsung einer Mündung von einer Kranzarterie den Anlaſs zu verschiedenen Entzündungsprozessen im Myocardium geben kann. In der Literatur sind vereinzelte Fälle von gummöser Erkrankung des Anfangsteils der Aorta mit gleichzeitiger Aneurysmabildung in der Wand derselben zu finden. Häufiger findet sich eine Endaortitis syphilitica, die dadurch gekennzeichnet ist, daſs keine groſsen Partien der Intima von dem Prozeſs ergriffen, sondern mehr kleine Teile der Intimaoberfläche befallen werden, die sich dann scharf von den gesunden Partien abgrenzen lassen, indem sie unmittelbar in das Gesunde übergehen.

Es finden sich in der Literatur Fälle von aneurysmatischer Erkrankung der Coronagefäſse, die von den betreffenden Autoren als durch Syphilis entstanden betrachtet werden. —

Nach der Mitteilung von 79 Fällen (Seite 33—73) gibt Verfasser die Krankengeschichte seines Falles, der eine 29jährige Frau betrifft, welche unter den Symptomen einer stattgehabten Wurstvergiftung zugrunde gegangen ist und bei deren Sektion zufälligerweise die charakteristischen syphilitischen Erkrankungen des Herzens gefunden wurden. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Myocarditis syphilitica bei hereditärer Lues mit Spirochätenbefund, von A. Buschke und W. Fischer-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 19.) Während bei der visceralen, durch Vererbung erworbenen Lues der Kinder einzelne Organe, wie z. B. die Leber, fast konstant der Sitz der spezifischen Veränderungen sind, findet man in der Literatur nur wenig Angaben, die solche Erkrankungen im Zirkulationssystem erwähnen. Von einzelnen Autoren, zuletzt von Bruhns, sind mehrere Fälle von Aortitis beschrieben worden, auſserordentlich selten dagegen wird der Herzmuskel selbst ergriffen.

Histologisch handelt es sich bei dem an Hautausschlag und Ernährungsstörungen erkrankten drei Wochen alten Kinde um eine sehr ausgebreitete interstitielle Myocarditis; zwischen den erkrankten Partien fanden sich Inseln von normalem Herzparenchym. Der interstitielle Prozeſs stellte sich dar als eine stellenweise massenhafte Vermehrung zellenreichen Zwischengewebes, welches zum Teil wohl infolge von Ödem auſserordentlich weite Maschen aufwies, zum Teil auch dichtere Lager bildete.

Im Bereiche derjenigen Erkrankungsherde, wo die interstitiellen Wucherungen keinen sehr hohen Grad erreicht hatten, waren die Muskelzellen gröfstenteils noch in ihrem Zusammenhang erhalten und nur in ihrer Längsrichtung auseinandergedrängt.

Circumscripte Lymphocytenansammlungen zeigten sich auch in der Nähe kleinerer Äste der Coronaarterien. Die Aortenwand bot in der Adventitia zellenreicheres Bindegewebe, welches aber wohl kaum als pathologisch anzusehen ist, auch die übrigen Schichten zeigten normale Verhältnisse.

Spirochäten umkränzten in dichten Haufen die infiltrierten Gefäfse und Kapillaren, spärlicher fanden sie sich in deren Wandungen und in ihrem Lumen. Von da aus durchsetzten sie in unzähligen Mengen das proliferierende Bindegewebe und durchdrangen zwischen den einzelnen Muskelfibrillen ganze Abschnitte der Herzmuskulatur. Sie folgten dabei den Zellenzwischenräumen in der Weise, dafs man auf längsgeschnittenen Partien ihre spiraligen Windungen erkannte, während in den quergetroffenen Abschnitten auch die Spirochäten quergeschnitten waren.

Arthur Rahn-Dresden.

Über Aortitis syphilitica, von Dieulafoy. (*La presse méd.* 1905. Nr. 32.) Den zahlreichen Publikationen über Erkrankungen der Aorta bei Syphilitikern fügt Verfasser einige sehr interessante eigene Beobachtungen hinzu. Die schweren Erscheinungen in Gestalt von Krämpfen und schweren Beklemmungen und Erstickungserscheinungen, welche die Patienten in lebensgefährlich erscheinendem Mafse boten, wichen schnell unter dem Einflusse einer Injektionskur mit Hydrargyrum bijodatum. Verfasser injizierte täglich $^1/_2$—1 cg einer wässerigen Lösung und machte mit kurzen Unterbrechungen stets mehrere Kuren von je 10—12 Spritzen. Das Präparat bewährte sich bei den Erscheinungen von Aortitis luetica besser als alle anderen vorher in ähnlichen Fällen angewandten Merkur- oder Jodpräparate. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Das Aortenaneurysma auf syphilitischer Grundlage und seine Frühdiagnose, von Saathoff-Augsburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 42.) Nach S. ist an der Spezifität der von Heller als Aortitis sive Mesaortitis luetica, von Chiari als Mesaortitis productiva beschriebenen Form der Aortitis nicht mehr zu zweifeln. Eigene histologische Untersuchungen haben S. gezeigt, dafs die Vasa vasorum als die eigentlichen Träger des genannten Prozesses anzusehen sind, dafs dieser als primäre Lues der Vasa vasorum aufgefafst werden mufs, und dafs in der Erkrankung der Vasa vasorum der Grund liegt für die sekundäre Nekrose der Media, die aus der luetisch erkrankten Aortenwand die Wand des Aneurysmas macht. Die Entwicklung der histologischen Veränderungen, die S. in ihren Einzelheiten schildert, zeigt, dafs die Aortitis luetica und das Aortenaneurysma nur Stadien eines und desselben Krankheitsprozesses darstellen. Deshalb ist auch die Diagnose der syphilitischen Aortitis noch vor Beginn oder im ersten Anfang der Aneurysmabildung von gröfster praktischer Bedeutung, weil zu dieser Zeit durch eine energische antiluetische Kur der Gefahr noch Einhalt getan werden kann. Der Höhepunkt der Aortitis luet. wird bezeichnet durch das Bestehen einer diffusen Verdickung und Auftreibung der Aortenwand, die mit Hilfe der Röntgenstrahlen deutlich sichtbar gemacht werden kann. Aufserdem aber gibt es auch ein klinisches Symptom, das die Aortitis luetica sehr oft noch vor, zum mindesten aber beim ersten Beginn der Aneurysmabildung anzeigt, das ist die Aorteninsuffizienz auf luetischer Basis; jede Aorteninsuffizienz, die in verhältnismäfsig jungen Jahren, solange man noch Arteriosklerose mit grofser Wahrscheinlichkeit ausschliefsen kann, ohne vorausgegangenen Gelenkrheumatismus und ohne Endokarditis aufgetreten ist, mufs den Verdacht auf Aortitis luetica erwecken. Selbstverständlich ist die Mitbeteiligung der Aortenklappen nur möglich, wenn der Prozefs in der aufsteigenden Aorta sitzt; diese Lokalisation ist aber bei weitem die häufigste.

Zum Schlusse der Arbeit berichtet S. noch über die Sektionsbefunde bei drei einschlägigen Fällen, sowie über vier klinisch beobachtete Kranke, bei denen Aortenaneurysmen in verschiedenen Anfangsstadien festgestellt werden konnten.

Götz-München.

Zur Statistik der Arteriosklerose, von Alfons Remlinger. (Inaug.-Dissert. Marburg 1905.) Während von anderen Autoren, namentlich von Edgren, Welch, Frenkel, Malmsten, Döhle die Syphilis als das hauptsächlichste ätiologische Moment der Arteriosklerose in den Vordergrund der Betrachtung gestellt worden ist, läſst sich auf Grund der vorliegenden Statistik eine eigene Anschauung in dieser Frage nicht gewinnen. Verfasser hatte unter 139 arteriosklerotischen Männern und 45 arteriosklerotischen Frauen nur je einmal das Vorhandensein von Syphilis zu verzeichnen. Nach seiner Meinung liegt dies daran, daſs in der Marburger Gegend das Vorkommen von Syphilis auſserordentlich selten ist. *Fritz Loeb-München.*

Über Vorkommen und Ätiologie der Arteriosklerose. Nebst einigen anhangsweisen symptomatischen Bemerkungen, von Hans Ratzeburg. (Inaug.-Dissert. Breslau 1905.) Verfasser fand bei 156 an Arteriosklerose leidenden Männern 24 mal Lues angegeben. Bei 117 Frauenarteriosklerosen wurde Lues 10 mal verzeichnet. Bemerkenswert ist, daſs von den 24 arteriosklerotischen Männern, die eine luetische Infektion überstanden, 13 auf das Alter von 31—55 Jahren entfielen, während 11 das Alter von 55 Jahren überschritten. Für die Früharteriosklerose scheint also die Lues eine ganz besondere Bedeutung zu haben. Verfasser hebt hervor, daſs die Fälle, die Lues in der Anamnese hatten, durchaus das Bild der typischen Arteriosklerose boten, d. h. Schlängelung und Rigidität der Wand und legt hierauf besondere Betonung in Rücksicht auf einige neuere Arbeiten, die arteriosklerose ähnliche Veränderung an der Brustaorta beschreiben, luetische Mesaortitis (Heller) schwielige Arteriosklerose (Molinari). *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Periphlebitis syphilitica. Trombosis venae portarum, von C. A. Ewald-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 27.) Der Fall ist dadurch von Interesse, weil die gewöhnlichen Symptome der Pfortadertrombose, nämlich Ascites, Ikterus und Ödem der Beine fehlten, und weder Durchfall vorhanden war, noch Blut in den sparsamen Stuhlentleerungen nachgewiesen werden konnte.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Syphilis der Caruncula sublingualis, von Julius Heller-Charlottenburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 30.) Die Syphilis der Speicheldrüsen gehört zu den selten beobachteten Krankheiten. Heller beschreibt einen Fall von irritativer Syphilis der Glandula sublingualis bei einer Patientin, welche gleichzeitig breite Kondylome hatte. Aus dem Ergebnis der klinischen und anatomischen Untersuchung des Falles war es klar, daſs eine noch nicht beschriebene irritative Syphilis der Caruncula der Glandula sublingualis vorlag. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Einige Fälle von Polyserositis fibrosa, von Fritz Gofferjé. (Inaug.-Dissert. München 1905.) Die luetische Natur des polyserositischen Prozesses ist bisher noch in keinem Fall bewiesen, da sie nie mit ausgeprägten andersartigen Symptomen derselben vereinigt war. Trotzdem ist ein gewisser Zusammenhang beider Erkrankungen anzunehmen, über dessen Einzelheiten erst weitere Erfahrungen entscheiden können. Vorläufig läſst sich nur sagen, daſs dieser Zusammenhang in einigen der Fälle besteht, wo die Polyserositis fibrosa in früher Kindheit auftritt. *Fritz Loeb-München.*

Über luetische Gelenkerkrankungen, von Eduard Weisz-Bad Pistyan. (*Heilkunde.* VIII. Nr. 4.) Ein für die Syphilis charakteristischer Zug geht den Gelenkleiden ab, so daſs wir uns meist ex juvantibus mit einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose zufrieden geben müssen. Die Affektion kann bald die einzelnen Gelenkgebilde, bald

mehrere gleichzeitig ergreifen. Die Veränderungen können bestehen aus einfacher Synovitis, Gelenkhydrops, entsprechender Entzündung der Knorpel — und Knochenelemente usw. Manchmal drückt die Bildung eines Gumma an der Kapsel oder am Knochenende der Erkrankung das Stigma auf. Eiterung produziert die luetische Erkrankung nur selten, gewöhnlich nur beim Zerfall eines Gumma. In manchen Fällen ist überhaupt keine objektive Veränderung nachzuweisen und der nächtlich sich steigernde Schmerz weckt den Verdacht der Syphilis. Auffällig ist allenfalls noch, dafs bei chronischen Fällen der Schmerz nur selten und gering und bei akuten Erkrankungen selten schneidend ist und, wie gesagt, es kommt selten zur Eiterung. Fieber ist entweder gar nicht oder nur ganz unbedeutend vorhanden.

Die Therapie mufs meist eine kombinierte sein, namentlich in hartnäckigen Fällen Jod und Quecksilber. Bei inveterierten Fällen kann man auch mit Decoctum Zittmanni einen Versuch machen. Bei skrofulösen Formen gibt Syrupus ferri jodati und Leberthran gute Resultate.

Von den Bädern kommen hauptsächlich jene in Betracht, die Schwefel, Salz oder Jod enthalten. Ganz hervorragend wirken die Schlammbäder. Bei fistulösen Erkrankungen können die Bäder möglichst heifs und prolongiert sein, sonst mufs man in Wärmegraden und Dauer abstufen und eher allmählich steigen. Die Dauer kann je nach dem Falle zwischen einer Viertel- und einer ganzen Stunde (Lokalbad) abwechseln. *Arthur Rahn-Berlin.*

Die frühzeitig auftretenden nervösen Erscheinungen bei Syphilis, von Thibierge. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 15.) Th. weist darauf hin, dafs die verschiedenartigen luetischen Erkrankungen des Gehirns, der Hirnnerven und des Rückenmarks, die früher alle dem Tertiarismus zugerechnet wurden, schon im ersten Jahre, ja sogar schon in den ersten Monaten nach dem Auftreten des Primäraffektes vorkommen. Die luetische Natur solcher Störungen festzustellen, ist oft sehr schwer, namentlich wenn der Schanker unbeobachtet geblieben ist und andere syphilitische Manifestationen fehlen; doch wird man auf Grund der ophthalmoskopischen Untersuchung, namentlich aber mit Hilfe der Lumbalpunktion wohl stets Klarheit gewinnen. Interessant ist die Statistik Th.s über die Häufigkeit der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems; er beobachtete diese nur in 2 % der Syphilisfälle, die ohne Hauterscheinungen verliefen, dagegen in 95 % der Fälle, in denen ein Pigmentsyphilid, und in 100 % der Fälle, in denen ein papulöses Syphilid beobachtet worden war. *Götz-München.*

Hysterische Erscheinungen im sekundären Stadium der Syphilis, von Hans Zerner. (Inaug.-Dissert. Berlin 1906.) Verfasser führt eine Reihe von Literaturangaben an, welche beweisen, dafs das syphilitische Allgemeinleiden eine nicht unbedeutende Rolle in der Ätiologie der Hysterie spielt. Der Einflufs ist ein doppelter, einmal läfst sich die Syphilis als eine der zahlreichen Gelegenheitsursachen — agents provocateurs — betrachten, die bei Individuen, die zur Hysterie neigen, oder früher an ihr gelitten haben, diese Neurose mit einem Schlage wieder hervortreten lassen; dann kann aber die syphilitische Dyskrasie an sich hysterische Erscheinungen verursachen. Die hysterischen Erscheinungen treten in der Regel zusammen mit sekundär-syphilitischen Erscheinungen auf, dauern meist so lange wie diese und verschwinden auch zusammen mit ihnen. Die kurze Dauer unterscheidet diese hysterischen Erscheinungen von der echten Hysterie. Auch die Quecksilberbehandlung kann bei Leuten mit Idiosynkrasie vielleicht mit Schuld sein am Auftreten solcher Symptome. Natürlich kommt noch dazu der Einflufs des syphilitischen Giftes. Verfasser gibt die Krankengeschichte eines Falles, in dem bei Beginn des sekundären Stadiums hysterische Lähmungserscheinungen der unteren Extremität auftraten. *Fritz Loeb-München.*

Gumma im Gehirn, von F. H. Jacob-Nottingham. (*Brit. med. Journ.* 4. August 1906.) Ein 50jähriger Fuhrmann, ehemaliger Soldat, fiel von seinem Wagen und wurde in bewufstlosem Zustande aufgefunden. Er erholte sich wieder, aber sein rechter Arm war paretisch, es stellten sich Krämpfe ein, Sprachstörungen und schliefslich ausgesprochenes Coma, Incontinentia alvi et urinae, Parese des Facialis und des rechten Beines. Am Penis fand man ein grofses Papillom, das als syphilitisch zu deuten war. Er erhielt Einreibungen mit Ungt. Hg (2,0) täglich, ferner Jodkalium (3,5) und Liquor hydrargyri perchloridi (3,5) dreimal täglich. Es erfolgte vollständige Genesung mit vollkommener Arbeitsfähigkeit. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Lues und Tumor cerebri, von J. Domanski. (Inaug.-Dissert. München 1904.) *Fritz Loeb-München.*

Über 31 Fälle von Lumbalpunktion aus der Erlanger medizinischen Klinik, von Eugen Benischek. (Inaug.-Dissert. Erlangen 1906.) Zu erwähnen ist hieraus folgendes: Bei den spätsyphilitischen und metasyphilitischen Cerebrospinalerkrankungen fand sich stets Lymphocytose im Liquor. Die bei den genannten Erkrankungen auftretenden heftigen Kopfschmerzen konnten durch die Lumbalpunktion gebessert werden. Jod liefs sich nach vorhergegangener Joddarreichung im Liquor niemals nachweisen. *Fritz Loeb-München.*

Die Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit, von F. Widal. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 30.) Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit ist bei Tabes sehr häufig; das erklärt sich daraus, dafs die Tabes in ihrem Anfangsstadium eine diffuse syphilitische Meningitis darstellt, meningeale Reizung ist die Ursache der Lymphocytose. Auch im sekundären Syphilisstadium findet sich Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit; die meningeale Reizung, die ihr stets zugrunde liegt, bewirkt auch die in dieser Periode so häufigen Kopfschmerzen. Im tertiären Syphilisstadium beobachtet man Lymphocytose immer, wenn nervöse luetische Erscheinungen vorhanden sind, sehr häufig aber auch bei anderweitigen tertiär-syphilitischen Manifestationen.

Ein sicherer Beweis für die syphilitische Natur einer bestehenden Erkrankung des Zentralnervensystems ist die Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit nicht in allen Fällen. W. konstatierte Lymphocytose einmal bei einer 71jährigen Frau mit den Erscheinungen einer subakuten Myelitis. Die Patientin hatte ein Jahr voher einen Herpes zoster gehabt; da Lymphocytose bei Gürtelrose sehr häufig ist und, wie Chauffard gezeigt hat, die Hautveränderungen lange Zeit überdauern kann, so war bei der Frau möglicherweise der Herpes zoster und nicht Syphilis die Ursache der Lymphocytose und die Myelitis dann auch nicht luetischer Natur.

Götz-München.

Die syphilitische Hemiplegie, von Chauffard. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 33.) Beschreibung eines Falles von syphilitischer Hemiplegie, die bei einem 28jährigen Manne 18 Monate nach der Infektion aufgetreten war. *Götz-München.*

Hemiplegie syphilitischen Ursprungs, behandelt mit Injektionen von grauem Öl, von Duhot. (*Ann. de la policl. centr.* 1906. Nr. 5.) Verfasser stellte in der belgischen dermatologischen Gesellschaft einen Patienten vor, der vor acht Jahren Syphilis akquirierte, dieselbe sehr mangelhaft behandelte, vor drei Jahren vom ersten — linksseitigen — apoplektischen Insulte befallen wurde (nach dem noch leichte Parese der linken Seite geblieben ist) und nun vor drei Monaten von rechtsseitigem Insulte getroffen wurde. Diesmal waren die Erscheinungen sehr ernst: Patient konnte kaum gehen, die Sprache war unverständlich, Intelligenz geschwächt, die rechte obere Extremität sehr stark paretisch. Die von dem behandelnden Arzte eingeleitete Einreibungskur ist ohne sichtbaren Erfolg geblieben; Verfasser hat nun dem

Patienten sieben Injektionen von grauem Öl (einmal wöchentlich à 0,14 Hg) gegeben, die eine eklatante Besserung zur Folge hatten.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Zur Kenntnis der infektiösen Diplegia facialis, von Walther Enke. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1905.) Lues und Infektionskrankheiten scheinen öfter für das Entsehen einer Diplegie Veranlassung zu geben, als dies bei den einseitigen Facialislähmungen der Fall ist. *Fritz Loeb-München.*

Heilung einer syphilitischen Bulbärparalyse, von René Fodéré. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 41.) Ein 36jähriger Mann, der sich vor zehn Jahren luetisch infiziert hatte, erkrankte unter den typischen Erscheinungen einer Bulbärparalyse. Nach vierwöchentlicher spezifischer Behandlung, bestehend in Injetionen von Kalomel und Verabreichung von Jodkalium, begann der bedrohliche Zustand sich zu bessern, und allmählich verloren sich alle Lähmungserscheinungen und Funktionsstörungen vollständig. Es hat sich in diesem Falle zweifellos um Kompression des Bulbus durch ein syphilitisches Gumma gehandelt. *Götz-München.*

Ein Beitrag zur Paralysis spinalis luetica, von Hans Harder. Aus der medizinischen Poliklinik zu Jena. (Inaug.-Dissert. Jena. 1905.) Verfasser gibt die ausführliche Krankengeschichte eines Falles, der wenige Jahre, nachdem er von seiner luetischen Rückenmarkserkrankung als geheilt aus der Klinik entlassen war, infolge Unfalles zur Sektion kam. Klinisch fanden sich von dem Symptomenkomplex, den Erb als charakteristisch für luetische Spinalparalyse aufgestellt hat: Spasmus, Sensibilitätsstörungen geringen Grades und leichte Blasenstörungen. Klinisches Bild und pathologisch-anatomischer Befund rechtfertigen es, wenn Verfasser seinen Fall den bekannten neun Erbschen Fällen anreiht. *Fritz Loeb-München.*

Eitrige Arthropathien bei der syphilitischen Pseudo-Paralyse, von Parrot-Marfan. (*Soc. de Pédiatrie.* März 1906.) Das Kind war 14 Tage alt, als man bemerkte, daſs es hochgradig abzumagern begann, während alle vier Extremitäten bewegungslos wurden. Die Kniegelenke begannen hochgradig anzuschwellen, ebenso konstatierte man am unteren Ende der rechten Humerus eine Anschwellung. Eine Punktion der Kniegelenke ergab eitrige Flüssigkeit als Inhalt. Trotz der Schwere dieser Erscheinungen waren dieselben alle innerhalb zwei Monaten abgeheilt nach Verordnung von Quecksilbereinreibungen. *C. Müller-Genf.*

Über einen Fall von Meningitis basilaris syphilitica mit kombinierter Augenmuskellähmung, von Sophie Godelstein. (Inaug.-Dissert. Berlin 1906.) Vor der Mitteilung ihres Falles gibt Verfasserin einen kurzen Überblick auf die Lehre der syphilitischen Augenmuskellähmungen, die in ihrer eigentlichen Bedeutung bis mindestens in den Anfang des XVI. Jahrhunderts zurück datiert. Die wichtigsten Symptome im beschriebenen Fall sind: 1. starker nächtlicher Kopfschmerz, 2. Schwindelgefühl, 3. Oculomotorius-, Abducens- und Trochlearislähmung. Die Seltenheit des Falles beruht auf der Kombination der verschiedenen Augenmuskellähmungen und zwar besonders des Abducens und Trochlearis. Der Fall verlief unter spezifischer Behandlung günstig. *Fritz Loeb-München.*

Über die akute syphilitische Meningitis, von Henry Drouet. (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 24.) *Fritz Loeb-München.*

Die Syphilis in der Pathogenese der Tabes dorsalis, von de Pascalis. (*Il Policlinico.* 1906. Nr. 5.) Die Ausführungen des Verfassers in dieser viel diskutierten Frage resümieren sich in dem Satze, daſs die Syphilis einen mehr oder weniger rasch verlaufenden Entartungsprozeſs in den Nervenelementen verursacht, was die primäre Phase der Veränderungen bildet. Die Veränderungen in den Hirnhäuten und den Gefäſsen sind Reaktionserscheinungen. *C. Müller-Genf.*

Über Tabes dorsalis, von D. Ferrier-London. (*Brit. med. Journ.* 31. März 7. und 14. April 1906.) Es ist nicht gut möglich, von diesem eingehenden Aufsatz oder vielmehr Serie von Vorträgen, im Rahmen eines Referates eine entsprechende Wiedergabe zu liefern. Einzelne Andeutungen des Inhalts mögen als Ersatz dienen. Im ersten Teil gibt Verfasser nach einem kurzen historischen Überblick eine durch schematische Abbildungen von Querschnitten des Rückenmarks erläuterte Darlegung der anatomischen Verhältnisse, wobei er vorwiegend die Ergebnisse der Forschungen anderer Beobachter wiedergibt und kritisch beleuchtet. Im zweiten Teil bildet die Ätiologie den Hauptgegenstand seiner Besprechung. Verfasser betont das enorme statistische Übergewicht der Syphilis in dieser Hinsicht und bespricht die Befunde, welche Ford Robertson u. a. betreffs eines dem Diphtheriebacillus ähnlichen Mikroorganismus bei tabischen und bei Patienten mit progressiver Paralyse beschrieben haben; diese Angaben bedürfen nach F. noch sehr der Nachprüfung. Ein weiteres Kapitel handelt von der physiologischen Pathologie der Tabes. Betreffs des hervorstechenden Symptoms der Ataxie resümiert F. seine Darlegungen dahin, daſs dieselbe bedingt ist durch eine Beeinträchtigung oder den Verlust der normalen centripetalen Eindrücke aller Art, von bewuſsten und von unbewuſsten, wobei diejenigen der tieferliegenden Strukturen (Muskeln, Sehnen, Gelenke) wichtiger sind als die der oberflächlichen. In erster Reihe sind dadurch die spinalen, subkortikalen und cerebellaren Zentren affiziert. Den Schluſs der Arbeit bildet eine Darlegung unserer Kenntnisse von der Pathologie der Pupille bei Tabes. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Verschiedenes.

Die bisherige Geschichte der Dermatologie in Edinburg, von N. Walker-Edinburg. (*Brit. med. Journ.* 24. Nov. 1906.) Einen offiziellen Lehrstuhl der Dermatologie hat man in Edinburg erst vor etwa 20 Jahren geschaffen, nachdem 1884 eine Poliklinik unter der Leitung von Allan Jamieson eröffnet worden war. Vorher hatte man die Dermatologie nur als Anhängsel der inneren Medizin behandelt, und Männer wie Bennett und Maclagan hatten nur in ihrer sonstigen Eigenschaft als Professoren Gelegenheit, dermatologische Fälle aufzunehmen.

Philippi Bad-Salzschlirf.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 44. № 4. 15. Februar 1907.

Aus der dermatologischen Universitätsklinik von Moskau.
(Vorstand: Prof. Dr. A. J. Pospelow.)

Ein Fall von ungewöhnlicher Lokalisation des syphilitischen Primäraffektes.

Von

Dr. S. L. Bogrow,
Ordinator der Klinik.

Während die Zahl der publizierten extragenitalen Sklerosen mit jedem Jahre wächst, bleibt doch eine geringe Anzahl Fälle, wo die primäre Ansteckungspforte nicht entdeckt worden ist und wo man eine kryptogenetische Infektion annimmt. Die Fortschritte der objektiven Untersuchungsmethoden, die das Gebiet des Unzugänglichen und des Unsichtbaren im Organismus verengen, können auch dem Ziele der Aufklärung der sogenannten kryptogen infizierten Fälle dienen.

In unserer kurzen Mitteilung wollen wir von einem solchen Krankheitsfalle, der wegen des Ortes des Primäraffektes vor wenigen Jahren sicher als ein Fall kryptogener Infektion gedeutet worden sein würde, berichten.

Theodor M., 23 Jahre alt, Bauer aus Gouvernement Moskau, Schlosser von Profession, verheiratet, wurde 7. X. 1903 (alt. St.) in die venerische Abteilung der Klinik mit der Diagnose: Syphilis cut. maculo-papulosa, Impetigines s. capillitii, Papulae s. genitalium, polyadenitis s. aufgenommen.

Anamnesis: Seit langer Zeit trockenes Husten. Oft Schwellen der Halsdrüsen. Im 21. Jahre Angina phlegmonosa. Seit 19 Jahren leidet er an Blutarmut.

Mit 20 Jahren verheiratet und danach zum ersten Male Coitus. Seltene Pollutionen. Masturbation und Päderastie geleugnet. Früher keine venerischen Erkrankungen. Alkoholgenufs selten und mäfsig. Raucht nicht.

Dient als Schlossertagelöhner in einer Eisenbahngesellschaft. Verdienst 1—1½ Rubel täglich.

Heredität: Vater 60 Jahre alt, starb an Hemiplegie. Mutter 39 Jahre alt, gehustet, starb an Ascites und Oedemata der unteren Extremitäten. Von elf Kindern

sechs im frühen Kindesalter und vier im Alter von 18 bis 28 Jahren gestorben (wegen verschiedener Infektionskrankheiten). Der Kranke ist der jüngste und zurzeit einzige am Leben. In der Familie Schwindsüchtige.

Historia morbi: Der Kranke leugnet irgendwelche Ansteckung. Primäraffekt war nach seinen Worten nicht vorhanden. Die Krankheit nahm mit Drüsenschwellung den Anfang. In verschiedenen Regionen scheint die Drüsenschwellung gleichzeitig (vor vier Wochen) sich entwickelt zu haben, wenigstens kann der Kranke nicht genau bezeichnen, welche von den Drüsen früher angeschwollen wurden. Danach kam Fieber mit Frösteln, Kopfschmerzen und Schwindel. Endlich vor zwei Wochen kam ein fleckiges Erythem an der Brust- und Bauchregion mit Krustenbildung im behaarten Kopfteil zum Vorschein. Keine Behandlung angewendet.

St. pr.: Primäraffekt nicht gefunden. Papulae syph. glandis penis, scroti et circa anum. Auf der Körperhaut welkende Roseola. Stellenweise (Extremitäten) geht der makulöse Ausschlag in papulösen über. Im Kapillitium gelbbraune impetiginöse Krusten.

Pediculosis pubis.

Lymphsystem: Der mittlere Lymphstrang (am Radix penis) mäfsig verdickt und hart. Inguinale Drüsen beiderseits stark vergröfsert und sklerosiert, wie auch retroaurikuläre (besonders rechts) samt der rechten epitrochleären. Weniger grofs die rechten occipitalen, submaxillären und cervicalen Drüsen, dem Betasten zugänglich.

Die Schleimhäute der Mundhöhle, des Rachens und der Nasengänge (vordere Rhinoskopie): N.[1]

Zähne: N.

Muskeln, Knochen und Artikulationen: N.

Innere Organe: Leichtes Husten. Lungengrenzen N. Vesikuläres Atmen. Gastro-intestinaltraktus N. Herztöne dumpf. Herzgrenzen N. Manchmal Herzklopfen. Pulsfrequenz 96. Keine Rhythmusstörungen, schwach gefüllt.

Nervensystem: Guter Schlaf. Irritabilität. Kopfschmerzen und Schwindel. Am Morgen Kopfschwere. Patellarreflexe N.

Seh- und Gehörorgane: N.

Urin: Strohgelb, sauer. Sp. G. 1023. Kein Eiweifs, Zucker oder Indikan.

Allgemeine Ernährung: Genügend. Etwas anämisch.

T.: A. 37,3° C., M. 37,6° C.

Körpergewicht: 3 Pud 20 Pfund (57,3 Kilo).

Es kann also aus angeführter Krankheitsgeschichte ersehen werden, dafs beim Kranken der Primäraffekt fehlte, und nach dem Drüsenzustande war es nicht möglich, die Region desselben zu bestimmen. Dieser Fall hat das Interesse des hochgeachteten Herrn Prof. A. J. Pospelow auf sich gelenkt und wurde von ihm zur weiteren sorgfältigen Untersuchung bestimmt.

Beim Befragen machte der Kranke den Eindruck, als ob er unreinen Gewissens sei: er war aufserordentlich furchtsam, widersprach sich in seinen Antworten und leugnete zuweilen zweifellose Tatsachen, z. B. das Vorkommen des Ausschlages. Der Kranke behauptete, dafs er sexuellen

[1] N = nichts Besonderes.

Umgang nur mit seiner Frau betrieben habe, während die Frau, die sich nach unserer Einladung am 22. X. 1903 in dem klinischen Ambulatorium sehen liefs, weder Pediculosis der Regia suprapubica, noch irgendwelche Syphiliserscheinungen zeigte und im August desselben Jahres (vor zwei Monaten) von einem vollständig gesunden und rechtzeitig geborenen Kinde entbunden worden war. Die Ansteckung hatte augenscheinlich einen anderen Ursprung.

Da auf der Körperoberfläche nichts der Primärsklerose Ähnliches sich erwies, so wurde natürlich unsere Aufmerksamkeit auf die Eingangsöffnungen gewandt. Aber weder in der Mundhöhle, in den Nasengängen, im Rachen, noch endlich in der Kehle (mittelst Laryngoskopie) konnte irgendwas Verdächtiges entdeckt werden.

Einst aber während der Visite klagte der Kranke über Schmerzempfindungen beim Stuhlgang. Die sogleich vorgenommene per digitum-Untersuchung des Recti zeigte auf dessen vorderer Wand einen schmerzhaften Punkt, der 8 cm von der Analöffnung entfernt war. Weil diese Untersuchung, die wiederholt denselben Erfolg hatte, nur mit einem Finger vorgenommen werden konnte, war es nicht möglich, den Grad der Härte zu bestimmen.

Am nächsten Tage, 16. X. 1903 (a. St.), wurde der Kranke dank der liebenswürdigen Teilnahme von Herrn Dr. R. J. Wenglowski mittelst Rektoskop untersucht. Auf vorderer Wand des Recti, 8 cm entfernt vom Anus, befand sich eine oberflächliche Erosion mit gelblichem Grund und von unscharf begrenzter hyperämisierter Mucosa. Die Gröfse der Erosion betrug ungefähr 1 cm per Diam. Betasten mit der Sonde sehr empfindlich, aber mit keinem Blutaustritt verbunden.

20. X. wurde der Kranke unter liebenswürdiger Mitwirkung von Herrn Dr. G. A. Küsel endoskopiert, und dabei wurden aufser der Blässe der Mucosa keine Veränderungen in der Urethra konstatiert.

Vom Tage seiner Aufnahme an bekam der Kranke jeden zweiten Tag subcutane Sublimatinjektionen ($HgCl_2$ 0,5 auf 30,0 Aq. dest.) und vom Tage der Bestimmung der Läsion im Rektum an wurden täglich Klysmen aus 2%iger Tanninlösung verordnet.

28. X. 1903 Krusten vom Kopfe abgefallen. Alle Papeln verschwunden und nur Pigmentflecke nachgelassen. Der Kranke verläfst Familienverhältnisse wegen die Klinik.

Vor der Entlassung wurde der Kranke von Herrn Dr. G. A. Küsel rektoskopiert und jetzt auf der Erosionsstelle nur eine kleine weifsliche Narbe gefunden.

Wir können diese im Rektum gefundene Läsion nur für den scheinbar abwesenden Primäraffekt halten und seine Entstehung mit grofser Wahrscheinlichkeit einem Päderastieakte zuschreiben.

Unser Fall ist in der Literatur der einzige, bei welchem die Sklerose so weit vom Anus lag, da selbst FOURNIER (Chancres extra-génitaux) die Rektalschanker nicht weiter als 4 cm vom Anus gesehen hatte.

Zum Schlufs fühlen wir uns verpflichtet, unseren Dank den Herren Kollegen Dr. J. WENGLOWSKI und Dr. G. A. KÜSEL für ihre Hilfe bei der Untersuchung dieses Falles auszusprechen.

Beiträge zur Pigmentfrage.

Von

E. MEIROWSKY-Graudenz.

V.

Über den Pigmentierungsvorgang bei der Regeneration der Epidermis nach der Finsenbestrahlung nebst Bemerkungen über Albinismus und Cutispigment.

Mit einer Tafel.

(Fortsetzung und Schlufs.)

Folgende Ansichten werden also von den Autoren vertreten:

1. KÖLLIKER, CASPARY, KARG u. a. fassen alle verzweigten Zellen der Epidermis als eingewachsene Bindegewebszellen auf.

2. EHRMANN behauptet, dafs die betreffenden Zellen vom Mesenchym abstammen und nichts mit Leukocyten, Epithelzellen oder Bindegewebszellen zu tun haben.

3. RIEHL, AEBY, MEYERSON, RABL und andere halten sie zum Teil für eingewanderte Leukocyten.

4. RABL, SCHWALBE, UNNA, KROMAYER fassen die Ausläufer der verzweigten Pigmentzellen nicht mehr als Zellgebilde auf.

5. Nach KODIS, JARISCH, POST und GRUND entwickeln sie sich aus gewöhnlichen Epithelzellen.

Ich glaube nun, dafs der von mir gewählte Untersuchungsweg, den Pigmentierungsvorgang an der in der Regeneration befindlichen Epidermis nach der Finsenbestrahlung zu studieren, wohl geeignet ist, die hier geschilderten Differenzen aufzuklären.

Da nach der Finsenbestrahlung zu einer bestimmten Zeit die bestrahlte Stelle ihrer Epidermis völlig entblöfst ist, können wir alle Faktoren, die an der Pigmentierung bei ihrem Aufbau beteiligt sind, genau untersuchen, vorausgesetzt, dafs wir eine grofse Zahl von Ent-

wicklungsstadien zur Untersuchung bekommen. Ich wiederhole nun, was bereits angeführt wurde: Beim Beginn der Regeneration gleicht eine Epithelzelle der anderen. Wir haben also als Grundstein für den Aufbau der Epidermis die basale Reihe der Epithelzellen. Um diese Zeit dringen Bindegewebszellen in die Epidermis ein; man findet sie mitunter mit dem einen Teil ihres Körpers in dem Corium, mit dem anderen Teil in der neugebildeten Epidermis liegen. Dafs es sich um Bindegewebszellen und nicht um Leukocyten handelt, kann man daraus ersehen, dafs diese Zellen Farbstoffkörnchen mit sich tragen, wenn man zu diesen Studien tätowierte Haut benutzt. Diese Spindelzellen sind aktiv beweglich und könnten sehr wohl den Transport des Pigments nach der Oberhaut bewirken, wenn sie in einer gröfseren Zahl in die Epidermis eindringen würden. Das ist aber nicht der Fall. Eine Verbindung zwischen diesen Zellen und den Epithelzellen konnte nicht nachgewiesen werden. Sie liegen als fest eingewachsene, teilungsunfähige Gebilde in den Lymphspalten der Epidermis. Ihre Fortsätze sind nur mäfsig lang und passen sich stets den Lymphspalten an. Niemals aber habe ich gesehen, dafs sich aus einer eingewanderten Cutiszelle eine jener reich verzweigten Pigmentzellen der Epidermis entwickelt hätte.

Nach dem Eindringen der Spindelzellen in die Epidermis sehen wir nämlich, wie sich einzelne der Epithelzellen der basalen Reihe aus dem Komplex der übrigen Reihe herausheben; sie sind zunächst gröfser als die gewöhnlichen Epithelzellen, sonst jedoch durch kein anderes Merkmal von ihnen unterschieden; dann erscheinen sie stärker pigmentiert und entsenden Ausläufer. An den Ausläufern kann man deutlich eine protoplasmatische Grundsubstanz entscheiden, die das in ihnen und hauptsächlich an ihren Rändern gelagerte Pigment aktiv ins Gewebe hineinzuschieben scheint. Ich habe vorher die Gründe angeführt, weshalb diese Zellen mit gröfster Wahrscheinlichkeit die Fähigkeit haben, ihre Ausläufer auszusenden und vielleicht auch einzuziehen im Gegensatz zu der Zelle selbst, welche unveränderlich fest im Gewebe liegt und häufig Kernteilungsfiguren erkennen läfst. Die hier eben hervorgehobenen Eigenschaften charakterisieren diese Gebilde als Zellen.

Die Unterschiede zwischen ihnen und den eingewanderten Spindelzellen liegen:

1. Im Verhalten der Kernkörperchensubstanz. Bei den Pigmentzellen beobachtet man mitunter den Austritt von Kernkörperchenmassen und deren Umwandlung in Pigment (Fig. 8—11), bei den Spindelzellen sind überhaupt keine Veränderungen an den Kernkörperchen nachweisbar.

2. Im Verhalten des Protoplasmas. Bei den Pigmentzellen kann das Protoplasma bis auf einen feinen, kaum darstellbaren Saum verschwinden,

es kann aber auch eine grofse Fläche einnehmen. Aus dem Protoplasma wachsen stets mehrere Fortsätze heraus, die sich wieder weiter teilen können, sie lassen deutlich ihre protoplasmatische Grundsubstanz erkennen und führen das Pigment hauptsächlich am Rande; an ihrem Ende zeigen sie eine kolbige Verdickung.

Im Gegensatz hierzu erscheint das Protoplasma der Spindelzellen unveränderlich: ihre Fortsätze sind nie so zahlreich, dafs sie sich spinnen- und baumartig verzweigen können; sie befinden sich immer nur am vorderen und hinteren Pol der schmalen Zelle; das Pigment liegt ihnen grob auf, zeigt keine Verteilung mit besonderer Bevorzugung des Randes.

3. Im Verhalten der Lage der Zellen. Die Pigmentzellen fügen sich der basalen oder einer höheren Zelllage ein, während die Cutiszellen mit ihrem ganzen Körper beweglich sind und sich als solche im ganzen dem Verlauf der Lymphspalten sowohl in tieferen als auch in den höheren Zelllagen anpassen. Bei den epithelialen Pigmentzellen kann man nur auf eine Bewegung der Fortsätze, bei den Spindelzellen auf eine Bewegung der ganzen Zelle schliefsen.

4. Im Verhalten des Pigments. Das Pigment der Spindelzellen ist im Gegensatz zu dem überaus feinkörnigen, am Rande der Pigmentzellen liegenden Oberhautpigment grobkörnig.

5. In der vollständigen Analogie der Spindelzellen der Epidermis mit denjenigen der Cutis und darin, dafs die Pigmentzellen der Oberhaut niemals in der Cutis vorkommen. So repräsentieren Spindelzellen und epitheliale Pigmentzellen wohl charakterisierte, vollständig voneinander verschiedene Gebilde, zwischen denen es keine Übergänge gibt. Aus dieser Erörterung ergibt sich ohne weiteres die Unmöglichkeit der Identität zwischen Leukocyten und verzweigten Pigmentzellen. So bleibt nur noch die Möglichkeit übrig, dafs sie nach der Ansicht Ehrmanns Mesenchymzellen wären. Wäre das der Fall, so hätte man bei der Regeneration der Epidermis Zellen aus der Cutis in die Epidermis einwandern und sich in die beschriebenen Pigmentzellen umwandeln sehen müssen; ich habe jedoch die Unmöglichkeit einer solchen Annahme bewiesen. Mit voller Sicherheit spricht gegen die Ehrmannsche Annahme das Auftreten der verzweigten Pigmentzellen bei der Regeneration der Narbe, die nach den eigenen Angaben Ehrmanns pigmentlos bleibt, weil die Melanoblasten zerstört sind.

Mit aller Entschiedenheit mufs also die Unmöglichkeit betont werden, die verzweigten Zellen der Epidermis als Elemente der Mesenchymzellen aufzufassen. Lehnen wir auch diese Abstammung ab, so bleibt uns noch die Epidermis selbst als Mutterboden für die Entstehung der verzweigten Pigmentzellen übrig.

Dafs diese Annahme richtig ist, wird bewiesen:

1. durch den Modus der Pigmententstehung, der vollkommen dem der anderen Epithelzellen entspricht;
2. durch ihre Entstehung und Weiterentwicklung aus der basalen oder höheren Reihe der Epidermis und
3. durch ihr vollständiges Fehlen in der Cutis.

Ich stehe also auf dem Standpunkt von Mayer (50), Kodis (51), Schwalbe (32), Jarisch (28), Post (18) und Grund (37), welche ebenfalls die Entstehung der Pigmentzellen aus Epithelzellen annehmen.

Dafs die beschriebenen Gebilde wirkliche Zellen sind, geht mit unzweifelhafter Sicherheit aus dem gerade bei unseren Objekten mit überraschender Häufigkeit aufgefundenen Kernteilungsfiguren hervor.

Ganz anders aber erklären sich jene Pigmentfiguren, die anscheinend als Ausgüsse der Lymphspalten mit Pigment angesehen werden mufsten, solange man nicht auf diese Verhältnisse eine Färbung anwandte, die eine genaue Differenzierung zwischen Kern, Kernkörperchen und Protoplasma ermöglichte. Diese Forderung ist zum erstenmal in dieser Arbeit erfüllt und führt uns zu dem Schlufs, dafs jene Pigmentfiguren tatsächlich Ausfüllungen der Lymphspalten darstellen. Bekanntlich haben besonders Schwalbe (32), Unna (49), Kromayer (17) und Rabl (12) diese Ansicht vertreten, gegen die Ehrmann (22) folgendes einwendet (S. 31): Ein Ausgufs mufs in seinen Formen, wenn auch nicht immer, doch wenigstens sehr häufig der Form des ausgegossenen Raums entsprechen. Nun sind aber die Pigmentfiguren, welche wir als die Zellausläufer deuten, Fäden oder aus Fäden zusammengesetzte, grobmaschige Netze. Die Intercellularräume müfsten dementsprechend Röhren sein; das sind sie aber nicht; sie sind vielmehr Hohlplatten, welche die polyedrische Zelle an allen ihren Begrenzungsflächen umgeben und nur durchsetzt sind von den feinen Intercellularlücken (Spiralfortsätzen), welche die Epidermiszellen verbinden. Wirkliche Ausgüsse dieser Räume dürften also nicht Fäden sein, sondern Pigmentplatten sein, welche nur von feinen, vielleicht kaum sichtbaren Löchelchen durchbohrt wären, das ist aber nicht der Fall. Diese Argumentation spricht nun nicht gegen die hier vertretene Ansicht. Wir glauben den Austritt nukleolarer Substanz und deren Umwandlung in Pigment gezeigt zu haben. Wir haben es also nicht mit „Ausgüssen“ der Lymphspalten zu tun, die den Ehrmannschen Kriterien stand zu halten haben, sondern mit „Anfüllungen“, auf die sie gar nicht angewendet werden dürfen.

Neben den epithelialen Pigmentzellen kommen also auch recht häufig „Pigmentfiguren“ vor, die nichts mit Zellausläufern zu tun haben. Die von Schwalbe (32), Unna (49), Rabl (19), Kromayer (17) vertretene Ansicht für diese Gebilde findet also durch unsere Untersuchungen eine neue Bestätigung.

Einen breiten Raum in der Erörterung des Pigmentierungsvorgangs nahm bei den Anhängern der Entstehung des Oberhautpigments aus der Cutis die Diskussion über den Weg ein, auf dem das Cutispigment in die basalen Zellen der Epidermis und aus diesen in die Epithelzellen der höheren Lagen gelangen sollte. Riehl (40), Aeby (41) u. a. vertrauten Wanderzellen, v. Kölliker (42) Spindelzellen mit dieser Funktion und Ehrmann (22) nahm einen dreiphasigen Pigmentaufstieg hierfür in Anspruch. Philippson (52) glaubte in den Ehrlichschen Mastzellen die Verbindungsbrücken zwischen Cutis und Epidermispigment gefunden zu haben. Nachdem nun die Untersuchungen von Garcia (26), Retterer (27), Jarisch (28), Pluschkoff (29), D. Evant (30), Post (18), Rabl (31), Schwalbe (32—33), Blaschko (35), Caspary (36), Grund (37), Kaposi (38) und mir (25) die Entstehung des Oberhautpigments in der Oberhaut selbst sichergestellt haben, diese Anschauung also nicht wie M. Cohn (53) meint, „ein glücklich überwundener Standpunkt“ ist, wäre eine Diskussion dieser Frage überhaupt überflüssig, wenn nicht einige Autoren, wie Caspary (36), Post (18), Kaposi (38) u. a. nur den basalen Retezellen die Fähigkeit zur Pigmentbildung zuschreiben und in ihren Arbeiten die Wege erörtern würden, auf denen das basale Pigment in die höheren Zelllagen kommt. Post (18) meint, daſs die Epithelzellen ihr Pigment von den basalen Zellen deshalb erhalten haben, weil sie von ihnen abstammen.

Dafür, daſs das Pigment auf dem Wege der Intercellularbrücken aus einer Zelle in die andere überflieſsen könne, wie Kromayer annimmt, habe ich keinen Anhaltspunkt gefunden. Ich habe nur Verbindungen zwischen im Kern oder auſserhalb desselben liegenden Pigmentkugeln, Zellausläufern und den geschilderten Pigmentfiguren gesehen. Ich kann also über die Ansicht Kromayers nichts Sicheres aussagen. Sicher ist aber die Annahme der meisten Autoren von der ausschlieſslichen Pigmentbildungsfähigkeit der basalen Zellen irrig. Als ich bei meinem ersten Versuch mit dem Druckglas der Finsenlampe das Blut wegdrückte und die anämisierte Haut eines dunklen Individuums bestrahlte, fand ich, daſs alle Epithelzellen bis zu den obersten Lagen die Fähigkeit zur Pigmentbildung zeigten (s. Fig. 14). Damit fällt auch die Diskussion über die Wege fort, auf denen basales Pigment in die höheren Zelllagen gelangt, da die Eigenschaft zur Pigmentbildung allen Epithelzellen in gleicher Weise zukommt.

Das Vorhandensein des Cutispigments erklärt Rabl (48) dadurch, daſs Wanderzellen pigmentlos in die Oberhaut eindringen und sich sekundär mit den in den Lymphspalten vorhandenen Körnchen beladen können. „Indem sie in diesem Zustand die Oberhaut wieder verlassen, sehe ich in ihnen die Ursache, daſs auch in der Cutis pigmentierte Zellen anzutreffen sind.“ Post (18) nimmt an, daſs das Pigment aus dem Epithel in das Binde-

gewebe übertreten kann. Er erkennt zwar an, daſs die Form beider verschieden ist, sucht aber für das Pigment der Oberhaut und das der Cutis als Muttersubstanz die gleiche Quelle und kommt zu den vorher geschilderten Überlegungen.

In meinem dritten Beitrag zur Pigmentfrage (Ursprung und Entstehung des Cutispigments) glaube ich bewiesen zu haben, daſs das Cutispigment unter der Einwirkung des Lichtes beim Menschen innerhalb der kleinsten Kapillaren und frei in Lymphspalten aus ausgetretenem Blutfarbstoff gebildet und dann sekundär von Zellen der Cutis aufgenommen wird oder in Cutiszellen entsteht, die vorher Hämoglobin aufgenommen hatten.

Ich finde mich in vollkommener Übereinstimmung mit M. Cohn (53) darin, der nach Untersuchung normalen und pathologischen Materials zu dem Schluſs kommt, daſs sich in den Lymphspalten der Cutis freies Pigment in Körnchen und Schollen findet, welches von Bindegewebszellen aufgenommen wird, die sich in keiner Weise von den gewöhnlichen Bindegewebszellen der Cutis unterscheiden.

Das Pigment der Cutis ist von dem der Oberhaut grundsätzlich verschieden; nur die Farbe ist ihnen gemeinschaftlich, nicht aber die Muttersubstanz und die morphologischen Eigenschaften. Ob eine Rückwanderung von eingedrungenen Wanderzellen (zu denen man wohl auſser den Prototyp der Wanderzellen, den Leukocyten, auch die bewegungsfähigen Spindelzellen rechnen darf) in die Cutis stattfindet, darüber kann ich nichts Bestimmtes sagen. Meine Präparate, die hierfür keinen Anhaltspunkt boten, wiesen mich nur mit Bestimmtheit darauf hin, daſs die verzweigten Pigmentzellen der Epidermis ihre Ausläufer in die Cutis entsenden; auf diesem Wege gelangt also sicher epitheliales Pigment in die Cutis; ob es hier durch Bindegewebszellen oder anderen Wanderzellen aufgenommen werden kann, dafür habe ich keine Beweise gefunden.

Als ein typisches Unterscheidungsmerkmal zwischen Oberhaut- und Cutispigment möchte ich hier anführen, daſs das letztere beim Menschen niemals so feinkörnig zerfällt, wie das Oberhautpigment und in gröberen runden Körnern ausgeschieden wird. Ein ähnlicher Unterschied besteht auch zwischen dem Pigment der Pigmentepithelschicht der Retina und dem Pigment der Choreoidea (siehe Handbuch d. ges. Augenheilkunde von Graefe-Saemisch, 20. und 21. Lieferung, S. 95). Da ferner nach meinen Untersuchungen die Muttersubstanz für das Oberhautpigment in der Kernsubstanz für das Cutispigment im Blutfarbstoff zu suchen ist, kann ich den von Post (18) angestellten theoretischen Erwägungen über die Wechselwirkungen beider nicht beistimmen. Wollte man eine *teleologische* Erklärung für das Eindringen pigmentierter Cutiszellen in die Epidermis geben, so müſste man annehmen, daſs es dann zustande kommt,

wenn die Pigmentierung der Oberhaut möglichst verstärkt werden soll; wer jedoch Naturerscheinungen kausal erklärt, wird diese Erscheinung aus dem Reiz erklären können, den das Licht auch noch nach seiner unmittelbaren Wirkung auf das Gewebe ausübt und der, wie ich an der tätowierten Haut gezeigt habe, Cutiszellen veranlafst, sich gegen die Oberfläche hin in Bewegung zu setzen. Diese Cutiszellen beladen sich auch mit Pigment und transportieren es in die Oberhaut.

Am nachhaltigsten hat auf die Differenz des Melanins und des Cutispigments UNNA in der Histopathologie (S. 973) hingewiesen. Sein Schüler VAN DER VEGT stellte fest, dafs in starker Salzsäure das Cutispigment sich allmählich vollkommen auflöste, während das Oberhautpigment erhalten blieb, umgekehrt wurde das Melanin durch eine starke kalihaltige Lösung von H_2O_2 vollkommen entfärbt, während das Cutispigment erhalten blieb. Auf diesem Wege kam UNNA bei der Untersuchung pigmentierter Haut des Unterschenkels in der Nähe von Varicen zu folgender Erkenntnis: „Zunächst ist nicht daran zu denken, dafs in dem vorliegenden Falle das Melanin direkt aus dem Blute ausgeschieden und der Oberhaut zugeführt war. Es hätte dann, dieselben Wege benutzend, wie das Hämosiderin, wohl irgendwo in der Cutis angetroffen werden müssen, was besonders nach der Zerstörung des Hämosiderins mit Salzsäure wohl sicher an den Tag gekommen wäre. Das Melanin konnte wohl aber auch nicht direkt vom Hämosiderin stammen, denn dann hätten sich in der Cutis oder in der Oberhaut wohl irgendwelche Übergänge des Pigments nach Farbe, Form oder Reaktion gezeigt, statt dessen fanden sich überall schroffe Gegensätze."

UNNA (54) fand ferner tinktorielle Unterschiede zwischen Melanin (Oberhautpigment) und Cutispigment. Bei Färbung mit Karbolfuchsin und Differenzierung mit konzentrierter, wässeriger Tanninlösung färben sich die Blutpigmente rot, das Melanin gar nicht. Bei Färbung mit polychromer Methylenblaulösung und Differenzierung mit konzentrierter wässeriger Tanninlösung färbt sich das Melanin smaragdgrün, das Blutpigment blauschwarz.

Klarer, eindringlicher konnte die Dualität des Pigments der menschlichen Haut nicht bewiesen werden. Ich erinnere ferner an die Untersuchungen von LEDERMANN (55, 56, 57), BARLOW (58) und DREYSEL (69). Diese Autoren fanden, dafs Melanine, im Gegensatz zu Hämosiderinen, Überosmiumsäure zu reduzieren vermögen.

Nun spricht das Vorhandensein des Pigments in der Choreoidea und sein Auftreten in bestimmten pathologischen Gebilden dafür, dafs auch das Pigment der Spindelzellen unter gewissen Umständen cellulär entstanden sein mufs. Es fragt sich, ob nicht neben dem geschilderten hämatogenen Pigment in der normalen Haut des Menschen ein echtes Cutis-

pigment vorkommt, das von Spindelzellen erzeugt wird. Trotz vieler Mühe, die ich auf die Entscheidung dieser Frage verwendet habe, ist es mir nicht gelungen, hierüber Klarheit zu erhalten. Möglicherweise haben die Spindelzellen der normalen Cutis die Fähigkeit zur Pigmentbildung eingebüfst, möglicherweise ist sie ihnen noch eigen. Sollte das letztere der Fall sein, dann kann sie nur von untergeordneter Bedeutung sein. Bei Belichtung normaler, leicht pigmentierter Haut mit der Finsenlampe findet auch eine zweifellose Vermehrung des Cutispigments statt. Dieses liegt aber zunächst stets in Lymphspalten und kleinen Kapillaren. Ist es aus diesen ganz oder teilweise verschwunden, dann findet man es in Spindelzellen. Man mufs also annehmen, dafs es von ihnen aufgenommen worden ist. Solange also nicht neben der hämatogenen Bildung des Cutispigments auch eine autochthone der Spindelzellen sicher nachgewiesen ist, können wir nur die erstere annehmen, obwohl wir uns sehr wohl vorstellen können, dafs auch die Spindelzellen der Cutis die Fähigkeit zur autochthonen Pigmentbildung besitzen könnten.

Der Albinismus ist von den verschiedenen Autoren verschieden erklärt worden.

Grund (37) kommt am Schlusse seiner Untersuchungen über die Entstehung des Oberhautpigments zu dem Resultat: „Das Gesamtergebnis ist somit, dafs die Epidermis des Kaninchens und damit wohl die aller Säugetiere die Eigenschaft autochthoner Pigmentbildung besitzt. Im vorliegenden Falle ist das in der Epidermis auftretende Pigment sogar ausschliefslich autochthon gebildet." „Wenn wir überhaupt im Körper des höheren Wirbeltieres einem Organe noch die Eigenschaft eines Primitivorgans im Gegenbauerschen Sinne zuschreiben können, eines Organs also, dessen Eigenschaften am wenigsten differenziert und der gröfsten Variation fähig sind, so ist das die Epidermis. Die albinotische Haut ist als eine degenerierte aufzufassen, die eine wichtige primäre Eigenschaft der Epidermis verloren hat." Leider erklärt diese Theorie nicht den Pigmentmangel der Choreoidea und Iris, die bekanntlich nicht ektodermalen Ursprungs sind, und mufs daher fallen gelassen werden.

Ehrmann versucht den Albinismus durch den Mangel an Melanoblasten zu erklären. In seinem grofsen Werk (22) über das melanotische Pigment sagt dieser um die Pigmentfrage verdiente Autor folgendes (S. 50):

„Das gleichzeitige Vorkommen des Pigmentmangels in der Cutis und in der Epidermis, das Fehlen des Pigments in der Choreoidea und Retina sprechen doch wohl für eine gemeinsame Quelle der Pigmentierung.

Wollte man mit einzelnen Autoren annehmen, dafs das Pigment der Epidermis und ihrer Gebilde eines anderen Ursprungs ist (nicht hämoglobinogenen) als das Hämoglobinogene der Cutis, so wäre es nicht einzusehen, warum nicht Albinoten vorkommen, die wohl Pigment in der

Epidermis, keines aber in der Cutis haben und umgekehrt. Wenn das Pigment der Epidermis ferner nicht von den Melanoblasten an die Epidermiszellen abgegeben, sondern in ihnen selbständig gebildet wird, warum hat die Epidermis beim Albinismus, wo die Melanoblasten fehlen, kein Pigment?

Des weiteren spricht auch das gleichzeitige Vorkommen des Albinismus der Choreoidea mit dem der Haut dafür, daſs beiderlei Pigmente demselben Vorgange ihren Ursprung verdanken, ebenso wie der gleichzeitige Mangel der Melanoblasten und des Epithelpigments bei der vorgeschrittenen Vitiligo."

Gegen diese Ausführungen des Autors lieſse sich folgendes Argument geltend machen: Es gelingt, bei albinotischen Kaninchen Cutispigment zu erzeugen, wie ich durch folgendes Experiment gefunden habe: Wenn man am albinotischen Kaninchenohr durch subcutane Zerreiſsung eines Gefäſses mit einer feinen Nadel eine Blutung hervorruft und die Stelle mit der Finsenlampe bestrahlt, so findet man in der Zeit, in der sich die Regeneration der Epidermis im Stadium der Hyperkeratose befindet, in der Cutis Pigment. Dieses Pigment ist hier zweifellos ohne die spezifische Wirkung von pigmentbildenden Zellen entstanden.

Auch Zieler (60) beobachtete an albinotischen Kaninchen Pigmentzellen nur in der Cutis. Ihre Zahl nahm zu mit dem Verschwinden der von den Lymphbahnen nicht fortgeführten roten Blutkörperchen. Dieses Pigment war allerdings in meinen Präparaten von hellgelber Beschaffenheit, stellte möglicherweise das Blutpigment dar, das Ehrmann als hämatische Schollen bezeichnete, deren Charakteristik in dem „eigentümlich goldglänzenden Aussehen und in der kantigen Beschaffenheit" liegen soll. Albinotische Tiere vermögen also sehr wohl nach Zielers (60) und meinen Beobachtungen Pigment in der Cutis zu bilden. Es ist eine andere Frage, ob man berechtigt ist, dieses aus Blutfarbstoff gebildete Pigment als Melanin zu bezeichnen.

Das eben geschilderte Experiment beweist ferner, daſs das Oberhautpigment nichts mit dem Hämoglobin zu tun hat, denn während der langen Zeit von acht Tagen, die bis zur Exzision vergingen, hätten diese Epithelzellen doch gewiſs Muſse genug gehabt, sich des massenhaft ausgetretenen Hämoglobins zu bemächtigen und es in Pigment umzuwandeln.

Ehrmann schützt sich gegen einen solchen Vorwand durch die Annahme, daſs zur Pigmentbildung der Blutfarbstoff erst von „Melanoblasten" aufgenommen werden muſs. Ich habe aber an der Pigmentbildungsfähigkeit des Narbenepithels (4) bewiesen, daſs Pigment in der Oberhaut massenhaft gebildet wird, wo Ehrmanns Melanoblasten nach seinen eigenen Angaben zerstört sind. Bei der Regeneration der Albinoepidermis finden wir nun auch einen Austritt von Kernkörperchensubstanz bis in die

Lymphräume. Sie verwandeln sich aber, trotzdem sie doch Hämoglobin aufnehmen konnten, nicht in Pigment, haben also die Fähigkeit dazu verloren.

Die Erscheinung des Albinismus führt uns also auf den Kern als den Träger vererbbarer Eigenschaften. Das letzte Wort kann in dieser wichtigen Frage erst gesprochen werden, wenn entscheidende Versuche über die Entstehung des Pigments in der Retina, Iris und Chorioidea und über die Möglichkeit der Entstehung echten schwarzen Pigments aus Blutfarbstoff albinotischer Tiere vorliegen.

Rieke (61) untersuchte die Pigmentbildung der fixen Bindegewebszellen der menschlichen Choreoidea und fand eine anfangs feinkörnige, später grob granulierte Pigmentierung, unabhängig von pigmentierten Wanderzellen. „Die Zellen der Choreoidea unterscheiden sich nicht von den übrigen Bindegewebszellen. Allmählich heben sich bestimmte Zellen dadurch von ihren Nachbarn ab, daſs sie einen mehr vollen und stärker geblähten Kern bekommen. Diese sind die künftigen Chromatophoren."

In diesen Worten ist schon eine Veränderung des Kernes angedeutet, die den Gedanken an eine Beteiligung desselben an der Pigmentbildung hätte aufkommen lassen müssen. Ganz deutlich wird eine solche von Lukjanow (62) ausgesprochen, der an einem Melanosarkom das Auftreten von Pigmentkörnern um den Kern herum und die Ausfüllung des ganzen Kernes durch Pigmentschollen beobachtete.

In voller Übereinstimmung jedoch mit den in meinem zweiten Beitrag (2) und den in dieser Arbeit geschilderten Veränderungen der Kernkörperchensubstanz hat Rössle (63) in einer nicht genügend bekannten Untersuchung gezeigt, daſs der Pigmentierungsvorgang im Melanosarkom so vor sich geht, daſs zunächst auf Kosten des Chromatins eine auffallende Vermehrung der Nukleolarsubstanz stattfindet, die aus dem Kern austritt und im Protoplasma in Pigment umgewandelt wird. Es wurde zu dieser Untersuchung durch eine Entdeckung des Zoologen R. Hertwig (65) angeregt. Dieser Forscher ist auf Grund mehrjähriger Züchtungsversuche mit Protozoen zu neuen Vorstellungen über das Wechselverhältnis zwischen Kern und Protoplasma gekommen. Die Norm ist eine bestimmte Korrelation zwischen Zellleib und Kerngröſse; bei der Funktion des Kernes entnimmt dieser dem Protoplasma Teilchen; die dabei erfolgende Zunahme des Kernes nennt Hertwig funktionelles Wachstum, das unter pathologischen Verhältnissen zu einer Hypertrophie des Kernes führen kann.

Ist diese erreicht, dann wird das Miſsverhältnis zwischen Kern und Plasma dadurch ausgeglichen, daſs die weitere Assimilation von Stoffen unterbleibt und der Kern durch Resorption und Ausstoſsung von Chromatin in das Protoplasma auf die normale Kernplasmarelation reduziert

wird. Das Actinosphaerium EICHHORNS zeigt nach HERTWIG deutlich, dafs sich die ausgestofsene Chromatinsubstanz in Pigment verwandelt.

Es ist nun das Verdienst RÖSSLES (63), gezeigt zu haben, dafs ganz analoge Verhältnisse bei dem Pigmentierungsvorgang in den Melanosarkomzellen vorliegen.

Bei der Wichtigkeit des Gegenstandes schildere ich hier seine Befunde mit seinen eigenen Worten:

„Gewöhnlich lokalisiert sich das erste Pigment am Rande des Zellleibes; hat die Zelle Ausläufer, so wandert es in die äufsersten Spitzen dieser Fortsätze; seltener findet man Zellen, in denen das Protoplasma noch vollkommen hell ist bis auf eine der Kernmembran dicht anliegende Zone, welche von feinsten Körnchen besetzt ist, so dafs die Kernperipherie wie beschlagen aussieht. Dieser Erscheinung stellt sich eine andere zur Seite, welche aber etwas häufiger ist; aus dem Kerne sieht man deutlich Tröpfchen heraustreten; stellt man die Kernmembran so scharf als möglich ein, so erblickt man innerhalb und aufserhalb von ihr ganz deutlich das manchmal leicht durch sie eingeschnürte Kügelchen.

Bevor ich aber weiter darauf eingehe, seien vorerst die allgemeinen Beobachtungen über die Kerne der beschriebenen Sarkomzellen angeführt; sie sind bläschenförmig und an und für sich, d. h. zunächst ohne Berücksichtigung des zugehörigen Protoplasmas, grofs. Was aber das Bemerkenswerteste ist, das ist der überraschend grofse Gehalt der Kerne an Nukleolarsubstanz. Derselbe war mir schon in frischen, kräftig gefärbten Hämatoxylin-Eosinpräparaten aufgefallen, und da ich finden wollte, ob sich eine Beziehung eines bestimmten Kernteiles zum Pigment ergeben würde, so färbte ich die Kernkörperchen in spezifischer Weise und erhielt die schönsten Bilder mit frisch gemischter Jodgrünfuchsinlösung nach ZIMMERMANN."

„Es ergab sich, dafs tatsächlich in den meisten der intraalveolären Zellen eine enorme Überproduktion an Nukleolarsubstanz vorhanden war; nicht so sehr oder gar nicht in den pigmentfreien und protoplasmaarmen Rundzellen, als vielmehr ganz besonders in den pigmentierten Spindelzellen und Rundzellen, und zwar denjenigen, deren Pigmentreichtum noch nicht beträchtlich war, die also in Pigmentbildung offenbar begriffen waren.

Dafs hier eine Überproduktion an nukleolärer Substanz obwaltete, ergab sich übrigens nicht nur aus der Gröfse, starken Färbbarkeit und aus der Zahl der Kernkörperchen — ich zählte bis zu sechs solcher von bedeutender Gröfse in seinem Kern —, sondern auch daraus, dafs offenbar auch feine, verteilte, nukleoläre Substanz in grofser Menge im Kern vorhanden war; dies war daraus ersichtlich, dafs die ganzen Kerne eine rötlichviolette, dichte Färbung angenommen hätten (s. Taf. 16, Fig. 11). Der

gewöhnliche Chromatin und nukleolararme Kern war, wie oben beschrieben, bläschenförmig, mit wenigen und dünnen, netzartigen und blaugefärbten Zügen (das Chromatin färbt sich bei Jodgrünfuchsinbehandlung hellblau). Diese dagegen waren wie rötlich durchtränkt und gröſser als die gewöhnlichen. Daſs eine sehr lebhafte Umbildung und Verarbeitung von Zellsubstanzen im Gange war, bewiesen die zahlreichen Veränderungen der übergroſsen Nucleoli, Veränderungen, wie sie jüngst ROHDE wieder beschrieben und wie sie ALBRECHT experimentell erzeugt hat: Abschnürungen von Tröpfchen, Bildung von Ketten- und Flaschenformen und von vakuolenartigen Aufhellungen an den Kernkörperchen.

Das Bemerkenswerteste bleibt aber der Austritt von Nukleolarsubstanz aus dem Kern und die Umbildung derselben im Protoplasma zum Pigment."

Aus der Schilderung der Entwicklung der Chromatophoren entnehme ich folgende Stelle: „Während die jugendlichsten Stadien einen oft recht chromatinreichen Kern mit noch wenig Nukleolarsubstanz besitzen, verarmt beim Anwachsen der Zelle über ein gewisses Maſs der Kern mehr und mehr an Chromatin, bereichert sich aber offenbar auf dessen Kosten mit Nukleolarsubstanz; man kann diesen Zustand der Zelle als das Stadium der groſsen pigmentlosen Rundzellen bezeichnen."

„In allen diesen Entwicklungsstufen verrät die Färbung des Kernes oft deutlich die lebhafte Verarbeitung von Chromatin zu Nukleolarsubstanz, indem die ursprünglich blauen Kernnetze einen deutlich rötlich-violetten Ton annehmen. Ist erst das meiste Chromatin in Nukleolarsubstanz verwandelt, so besteht unter Umständen der Kern überhaupt fast ausschlieſslich aus dem Kernsaft und einem im Mittelpunkt desselben schwimmenden riesenhaften Nukleolus. Während immer mehr Nukleolarsubstanz angehäuft wird, sendet das Protoplasma mehr und feinere Fortsätze aus. Nun beginnt die Pigmentierung; überrascht man ihre Entstehung, so sieht man, wie beschrieben, aus dem Kern Teilchen, welche die Farbenreaktion den Kernkörperchen geben, austreten oder weiter den Kern von einem bräunlich-schwärzlichen Mantel umgeben. Auſser in feinster Verteilung kann das chromogene Material in Form von Tropfen austreten, welche die Gröſse eines gewöhnlichen Nukleolus haben können. Dieses findet man dann in allen möglichen Stadien der Umwandlung zu Pigmentkörnern."

Abgesehen davon, daſs sich in den Epithelzellen die Kernkörpersubstanz schon im Kern selbst in Pigment verwandeln kann, stimmen die hier geschilderten Befunde mit dem von mir erhobenen überein. Es muſs also ein allgemeines Naturgesetz sein, nach welchem sich Kernkörperchensubstanz bei bestimmten Einwirkungen in Pigment verwandeln kann, sonst könnte man nicht in anscheinend so heterogenen Elementen, wie einer Amöbe (Actinosphaerium Eichhorni) einer Melanosarkomzelle und in

der Epidermiszelle dieselben charakteristischen Veränderungen der Beziehungen des Kernes zum Protoplasma wiederfinden.

Darin kann man auch einen Beweis für die von dem Physiologen VERVORN vertretene Auffassung erklären, daſs es notwendig ist, Vorgänge an Protozoen mit denen an den höchst differenzierten Zellen des menschlichen Gewebes zu vergleichen.

STAFFEL (64) untersuchte den Pigmentierungsvorgang bei eben aus dem Ei ausgeschlüpften Chanchitos, bei jungen Tritonen, im Schwanz der Froschlarve, dann in pathologisch veränderter Haut (Naevi, Acanthosis nigrans, Xeroderma pigmentosum usw.) und fand überall denselben Vorgang, wie ihn RÖSSLE schildert.

Was nun für die Amöbe, für die Melanosarkomzelle, für die Epithelzelle gilt, das müſste auch für die Spindelzelle der Choreoidea richtig sein.

So deutet alles darauf hin, daſs wir die Ursache des Albinismus im Kern suchen müssen. Seine Fähigkeit zur Pigmentbildung ist bei Albinoten gleich Null und erreicht in der Melanosarkomzelle das Maximum. Der Kern ist der Träger vererbbarer Eigenschaften (siehe O. HERTWIG, Allgemeine Biologie, 2. Auflage, S. 354 usw.) und vererbt auch die Fähigkeit zur Pigmentbildung in allen Variationen auf die Nachkommenschaft.

W. HAACKE (66) erörtert die gleiche Möglichkeit:

„Ich halte es auch heute noch für die einfachste Erklärung der tatsächlichen Befunde, das formengebende Plasma in das Centrosoma oder doch wenigstens in den Zelleib zu verlegen und die Träger des Pigments in den Kern der befruchteten Eizelle.“

Wir erwähnen nun noch einige Autoren, die eine Beziehung zwischen Kern und Pigmentbildung gefunden haben. Ich folge dabei der Darstellung RABLS (39):

LUBARSCH (68) findet in den Zwischenzellen des menschlichen Hodens, da wo viele Kristalloide vorhanden waren, ganz spärlich oder gar kein Pigment, dort aber, wo keine Kristalloide vorhanden waren, sehr reichlich Pigment.

GALEOTTI (69) hält die die Vorstadien des Pigments bildenden Fuchsinkörner für Abscheidungsprodukte, welche der Kern an das Protoplasma abgibt.

STEINHAUS (70) beschreibt in den Zellkernen eines Melanosarkoms Pigmenteinschlüsse, von denen er jedoch dahingestellt sein läſst, ob sie Degenerationsprodukte oder Parasiten sind.

LEYDIG (71) fand groſse, gelbe Pigmentklumpen in den Kernen der Pigmentzellen von Rhodens aurens. In den roten Zellen jenes Tieres scheint der Kern in toto in eine dunkelbraune Pigmentmasse umgewandelt zu sein.

Maurer (72) beobachtete Pigment in den Epithelkernen der Haut von Pleurodeles, einer ausländischen Tritonart.

Ajello (73) fand in den Kernen von Leber- und Nierenzellen von Kaninchen, denen Phosphor, Arsen, Antimon, Wismut und Sublimat hypodermatisch beigebracht worden war, neben verschiedenen anderweitigen Veränderungen gelbe Massen, welche sie manchmal ganz und gar ausfüllten.

Rosenstadt (74) gibt an, daſs er das Pigment in den Zellkernen der Nickhaut des Frosches und in der Anlage des sogenannten Eizahnes beobachtet hat.

Schlieſslich möchte ich mir noch einige Bemerkungen über die in der Pigmentfrage herrschende Nomenklatur erlauben. Der Ausdruck „Chromatophoren" wurde von R. Wagner (7) den Pigmentgebilden der Molusken beigelegt und von Brücke (9) und Leydig (74) auf alle verzweigten, pigmentierten Zellen übertragen. Meyerson (43) will diesen Namen nur den Pigmentzellen der Cutis lassen und spricht ihn denen der Epidermis ab. Da Ehrmann die Pigmentzellen der Cutis und die der Epidermis für identisch hält, hat er ihnen den einheitlichen Namen „Melanoblasten" gegeben. Es herrscht also eine groſse Meinungsverschiedenheit auf diesem Gebiete. Ich fühle mich nicht berufen, eine neue Terminologie zu schaffen, kann aber nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, daſs eine Notwendigkeit dazu besteht, wenn die von anderen und von mir in der Pigmentfrage vertretene Auffassung als richtig anerkannt werden sollte. Man dürfte dann den Namen „Chromatophoren" nur auf diejenigen Zellen anwenden, die das Pigment wirklich weitertransportieren, und das sind die Spindelzellen der Cutis. Da ferner alle Epithelzellen die Fähigkeit zur Pigmentbildung besitzen, wäre eine besondere Bezeichnung für sie überflüssig. Die speziell mit der Pigmentbildung vertrauten, verzweigten Zellen der Epidermis, deren Analogien mit den Chromatophoren der niederen Tiere sehr weitgehende zu sein scheinen, müſsten einen anderen Namen als die pigmentreichen Spindelzellen der Cutis erhalten. Es liegt mir fern, irgendwelche Vorschläge zu machen; die Verwirrung ist auf diesem Gebiete schon groſs genug und kann dadurch nur gröſser werden.

Es wäre nun noch die Frage zu erörtern, ob wir überhaupt berechtigt sind, Körper, die dieselbe Farbenreaktion geben wie die Nukleoli, als Nukleolarsubstanz zu bezeichnen. Es könnte ja auch ein anderes, uns unbekanntes Kernderivat geben, das mit der Nukleolarsubstanz nur diejenigen physikalischen und chemischen Beziehungen gemeinsam hat, die dieselbe Färbung bedingen. Hiergegen ein wichtiges Argument anzuführen, erscheint mir schwer. Trotzdem habe ich mich entschlossen (ebenso wie Rössle [S. 176]), die Bezeichnung als Nukleolarsubstanz beizubehalten, weil die Tatsache

der Vermehrung und Ausstoſsung der Kernkörperchensubstanz ein wohlbekanntes Phänomen ist. Ich erinnere hier an die nach O. HERTWIGS (75) Angaben von MONTGOMERY beschriebene Erscheinung, daſs sich die Zahl der Nukleolen in den subcutikulalen Drüsenzellen von Piscicola rapax bei der Ansammlung des Sekrets auf 300—400 belaufen kann, bis schlieſslich alle Nukleolen bis auf einen aus dem Kern in das Protoplasma ausgestoſsen werden.

Nachtrag bei der Korrektur.

Herr Privatdozent Dr. ROBERT RÖSSLE-München hat mich ermächtigt, hier mitzuteilen, daſs er für das braune Pigment des Herzens und das Pigment der Hodenzwischenzellen die Provenienz aus Nukleolarsubstanz festgestellt hat. Eigene Untersuchungen an der Haut von Schweineembryonen haben dasselbe Ergebnis bezüglich des Epidermispigments dieser Tiere gehabt.

Literatur.

1. MEIROWSKY, Ursprung und Bildung des Cutispigments. Vierter Beitrag zur Pigmentfrage. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 43.
2. — Die Entstehung des Oberhautpigments aus der Substanz der Kernkörperchen. Zweiter Beitrag zur Pigmentfrage. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 43.
3. ZIMMERMANN, Über die Teilung der Pigmentzellen usw. *Arch. f. Anat.* 1890. Bd. 36.
4. MEIROWSKY, Besitzt das atrophische Narbenepithel des Weiſsen die Fähigkeit zur Pigmentbildung? Dritter Beitrag zur Pigmentfrage. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 43.
5. HALPERN, J., Über das Verhalten des Pigments in der Oberhaut des Menschen. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891. 23. Jahrg.
6. KARG, Studien über transplantierte Haut. *Arch. f. Anat. u. Physiol.* Anatomische Abteilung. 1888.
7. WAGNER, R., Über das Farbenspiel, den Bau der Chromatophoren und das Atmen der Cephalopoden. Isis von Oven. 1833.
8. — Über die merkwürdige Bewegung der Farbenzellen (Chromatophoren) und eine mutmaſsliche neue Reihe usw. *Arch. f. Naturgeschichte* von WIEGMANN. 1841.
9. BRÜCKE, Untersuchungen über den Farbenwechsel des afrikanischen Chamaeleons. 1852.
10. VIRCHOW, R., Chromatophoren beim Frosch. *Virchows Arch.* Bd. 6.
11. SIMON, G., Zur Entwicklungsgeschichte des Haares. *Joh. Müllers Arch. f. Anat.* 1841.
12. REMAK, R., Untersuchungen über die Entwicklung der Wirbeltiere. 1855.
13. SCHULTZE, F. E., Epithel und Drüsenzellen. *Arch. f. mikroskop. Anat.* 1867. Bd. III.
14. LEYDIG, F., *Lehrbuch d. Histologie.* 1857.
15. MÜLLER, H., Bewegungserscheinungen an ramifizierten Pigmentzellen der Epidermis. *Würzburg. naturwiss. Zeitschr.* 1860. 1. Bd.

16. Ehrmann, S., Beitrag zur Physiologie der Pigmentzellen nach Versuchen am Farbenwechsel der Amphibien. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892.

17. Kromayer, Einige epitheliale Gebilde in neuer Auffassung. Beiträge zur Pigmentfrage. *Dermatolog. Zeitschr.* 1897. Bd. IV.

18. Post, H., Über normale und pathologische Pigmentierungen der Oberhautgebilde. *Virchows Arch.* Bd. 135 und J. D.

19. Rabl, *Mraceks Handbuch d. Hautkrankheiten.* Bd. I. S. 65.

20. Reinke, Zellstudien. *Arch. f. mikroskop. Anat.* Bd. 43. 1894.

21. Jarisch, Über die Bildung des Pigments in den Oberhautzellen. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892. Bd. 24.

22. Ehrmann, S., Das melanotische Pigment und die pigmentbildenden Zellen des Menschen und der Wirbeltiere in ihrer Entwicklung usw. *Bibl. medica.* D. II. Heft 6. Cassel 1896.

23. — Über das Ergrauen der Haare und verwandte Prozesse. *Wien. allgem. med. Ztg.* 1884.

24. — Zur Kenntnis und von der Entwicklung des Pigments bei den Amphibien. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892.

25. Meirowsky, E., Die Entstehung des Oberhautpigments in der Oberhaut selbst. Erster Beitrag zur Pigmentfrage. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1906. Bd. 42.

26. Garcia, S. A., Beiträge zur Kenntnis des Haarwechsels bei menschlichen Embryonen und Neugeborenen. *Morpholog. Arbeiten.* 1891. Bd. I.

27. Retterer, S., Sur le lieu et le mode de formation du pigment cutane chez les mammifers. *Société de biol.* 12. mars 1887.

28. Jarisch, Zur Anatomie und Herkunft des Oberhaut- und Haarpigments. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891. 23. Jahrg.

29. Pluschkoff, J., Beiträge zur Histologie der Haut bei Säugetieren. Kasan 1890.

30. Evant, D., *Accad. med. chir. Napol.* 1902.

31. Rabl, H., Die Entwicklung des Pigments in der Daunenfeder des Hühnchens. *Physiol. Centralbl.* 8. Bd.

32. Schwalbe, G., Über den Farbenwechsel winterweißer Tiere. *Morphol. Arbeiten.* 1893. 2. Bd. 3. Heft.

33. — Über die Hautfarbe des Menschen und der Säugetiere. *Dtsch. med. Wochenschrift.* 1892. Nr. 11.

34. Mertsching, Histologische Studien über Keratohyalin und Pigment. *Virchows Arch.* Bd. 116.

35. Blaschko, Verhandlungen des X. internationalen medizinischen Kongresses 1895 und *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891. Bd. 23. S. 137.

36. Caspary, J., Über den Ort der Bildung des Hautpigments. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891. Bd. 23.

37. Grund, S., Experimentelle Beiträge zur Genese des Epidermispigments. *Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.* 7. Supplement.

38. Kaposi, M., Über Pathogenese der Pigmentierungen und Entfärbungen der Haut. Vortrag, gehalten in der Sektion für Dermatologie des X. internationalen medizinischen Kongresses zu Berlin am 7. August 1890. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891. Bd. 23.

39. Rabl, H., Pigment und Pigmentzellen in der Haut der Wirbeltiere. Ergebnisse der Anatomie und Entwicklungsgeschichte. 1896. (Kritisches Referat.)

40. Riehl, G., Zur Kenntnis des Pigments im menschlichen Haar. *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1884. 11. Jahrg.

41. Aeby, Chr., Die Herkunft des Pigments im Epithel. *Med. Centralbl.* 1885. Nr. 16.

42. v. Kölliker, Über die Entstehung des Pigments in den Oberhautgebilden. *Zeitschrift f. wiss. Zoolog.* 1887. Bd. 45.

43. Meyerson, S., Zur Pigmentfrage. *Virchows Arch.* 1889. Bd. 118.

44. Loeb, L., Transplantation of skin and the origin of Pigment. Published William M. Wark. Chicago 1889.

45. Giovanni, S., Über die normale Entwicklung und einige Veränderungen der menschlichen Haare. 1887. Bd. 14.

46. Ehrmann, S., Zur Physiologie und Pathologie des Hautpigments. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1885/1886.

47. Unna, P. G., *Histopathologie.* S. 973.

48. Rabl, H., *Mraceks Handbuch f. Hautkrankheiten.* Bd. I. S. 30.

49. Unna, P. G., Das Pigment der Haut. Fortschritte der Hautanatomie in den letzten fünf Jahren. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1889. Bd. VIII.

50. Mayer, S., Beiträge zur Histologie und Physiologie des Epithels. Neue Folge. 1892. Bd. 12.

51. Kodis, Epithel und Wanderzellen in der Haut des Froschlarvenschwanzes. *Arch. f. Anat. u. Physiol.* Physiol. Abteil. 1889.

52. Philippson, A., Über Hautpigment. *Fortschr. d. Med.* 1890.

53. Cohn, M., Zur Anatomie der Epheliden. Lentigines und Naevi pigmentosi. Hamburg, Leopold Voss. 1891.

54. Unna, P. G., Zur Färbung der roten Blutkörperchen und des Pigments. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1895. XXI. Bd.

55. Ledermann, *Mikrosk. Technik.* S. 107.

56. — Über die Osmierung der normalen Haut. *Berl. klin. Wochenschr.* 1892. Nr. 28.

57. — Verhandlungen der deutschen Dermatologischen Gesellschaft. Dritter Kongreſs.

58. Barlow, Mitteilungen über Reduktion der Überosmiumsäure durch das Pigment der menschlichen Haut. *Bibl. med.* D. II. Heft 5.

59. Dreysel, Pigment und osmierbare Substanzen in der menschlichen Haut. Verhandlungen der Deutschen dermatolog. Gesellschaft. Fünfter Kongreſs.

60. Zieler, Über die Wirkung des konzentrierten elektrischen Bogenlichts (nach Finsen) auf die normale Haut. *Dermat. Zeitschr.* Bd. XII. Heft 1.

61. Rieke, Über Form und Entwicklung der Pigmentzellen der Choreoidea. *Arch. f. Ophthalm.* Bd. 37. Heft 1.

62. Lukjanow, Grundzüge einer allgemeinen Pathologie der Zelle. Leipzig 1891.

63. Rössle, Der Pigmentierungsvorgang im Melanosarkom. *Zeitschr. f. Krebsforschung.* 1904. Bd. II.

64. Staffel, Vortrag im Chemnitzer ärztlichen Verein. *Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 6.

65. Hertwig, R., Physiologische Degeneration bei Actinosphaerium Eichhorni. *Festschrift f. Häckel.* Jena 1904.

66. Haacke, W., Über Wesen, Ursache und Vererbung von Albinismus und Scheckung und über deren Bedeutung für vererbungstheoretische und entwicklungsmechanische Fragen. *Biol. Centralbl.* 15. Bd.

67. Lubarsch, Über das Vorkommen kristallischer und kristalloider Bildungen in den Zellen des menschlichen Hodens. *Virchows Arch.* Bd. 145.

68. Galeotti, Über die Granulationen in den Zellen. *Internat. Monatsschr. f. Anat. u. Physiol.* 12. Bd.

69. Steinhaus, Über abnormale Einschlüsse in den Zellkernen menschlicher Gewebe. *Centralbl. f. allg. Pathol.* II. Bd.

70. LEYDIG, Integument und Hautsinnesorgan der Knochenfische. *Zool. Jahrbuch.* Abteilung für Anatomie und Ontogenie der Tiere. Bd. 8.
71. MAURER, F., Die Epidermis. Leipzig.
72. AJELLO, Sulla istologia patologica del nucleo neglie avvelamenti richerche sperimentali. Catania.
73. ROSENSTADT, Studien über die Abstammung und Bildung des Hautpigments. *Arch. f. Anat. u. Entwicklungsgeschichte.* 50. Bd. 2. Heft.
74. LEYDIG, FR., Über die allgemeinen Bedeckungen der Amphibien. *Arch. f. mikrosk. Anat.* 1876.
75. HERTWIG, O., *Allgemeine Biolologie.* 1906. S. 36 usw.

Erklärung der Tafel.

Fig. 1. Tätowierte Haut; zwölf Tage nach einer 5/4stündigen Bestrahlung exzidiert; brünette Versuchsperson. Alkoholfixierung. Celloidineinbettung. Färbung nach PAPPENHEIM-UNNA. LEITZ Okular, Ölimmersion. Das Bild ist etwas schematisch zusammengesetzt.

a) Epitheliale Pigmentzellen (Chromatophoren der Autoren). Die Fortsätze ziehen teils bis in die Cutis, teils in die oberen Schichten der Epidermis, teils an der Coriumepithelgrenze entlang.
b) „Chromatophore“ während der Teilung.
c) Bindegewebszellen, teils mit Tätowierungsmasse, teils mit Pigment und Tätowierungsmasse beladen in der Cutis und in der Epidermis.
d) Ausläufer von epithelialen Pigmentzellen.
e) Ausfüllungen der Lymphräume mit ausgetretener Kernkörperchensubstanz.
f) Zellen, aus deren Kern Kernkörperchenmassen resp. Pigmentkörnchen austreten.
g) Nukleolarsubstanz tritt aus der Zelle in die Lymphspalten über.
h) Pigment im Kern.
i) Pigmentausgüsse der Lymphräume.

Fig. 2. Okular 8, Ölimmersion. Kernkörperchenmassen werden aus der Zelle ausgestofsen und treten untereinander in Verbindung. Beginnende Umwandlung in Pigment.

Fig. 3. Okular 8, Ölimmersion. Vermehrung der Kernkörperchensubstanz.

Fig. 4. Okular 8, Ölimmersion. Austritt von Kernkörperchensubstanz aus dem Kern.

Fig. 5, 6, 7. Pigment im Kern.

Fig. 8. Epitheliale Pigmentzelle (Chromatophore), mit vier Ausläufern; zwischen den Ausläufern liegt eine Kugel in der Farbe der Nukleolarsubstanz, der Kern enthält keine Kernkörperchen; im Protoplasma liegen ebenfalls neben feinen Pigmentkörnchen ein Kernkörperchen und zerfallene Kernkörperchenmassen, die sich besonders am Rande der Ausläufer ansammeln.

Fig. 9. Grofse epitheliale Pigmentzelle (Chromatophore) anscheinend nach der Teilung. Das Pigment liegt hauptsächlich am Rande der Ausläufer. Im oberen Teil der Zelle ist ein verschwommener Kern zu sehen. Zwischen den Ausläufern liegen vier Kugeln, die untere zeigt die Farbe des Pigments, der Farbenton der oberen ist rot.

Fig. 10 und 11. Epitheliale Pigmentzellen, deren Pigmentbildung vollendet ist. Fig. 10 zeigt die kolbige Auftreibung und die Lagerung des Pigments am Rande. In Fig. 11 ist besonders bemerkenswert, dafs man im Protoplasma neben braunen Körnchen auch solche von der Farbe des Kernkörperchens findet.

Fig. 12. Epithelzelle. Pigmentbildung im Kern und am Rand des Kernes. Dafs hier das Pigment nicht etwa dem Kern aufliegt, geht daraus hervor, dafs bei einer bestimmten Einstellung nur eine Spitze des im Kern liegenden Pigmentstreifens sichtbar ist. Der ganze Streifen tritt allmählich mit der weiteren Drehung der Mikrometerschraube ins Gesichtsfeld.

Fig. 13. Ausgetretene Pigmentkörnchen sind durch einen feinen Fortsatz miteinander verbunden.

Fig. 14. Blasse Haut von der Innenseite des rechten Oberarmes, unmittelbar nach einstündiger Bestrahlung mit der Finsenlampe exzidiert. Alkoholfixierung; Celloidineinbettung; Färbung nach PAPPENHEIM-UNNA. Die Pigmentbildung ist überall vollendet. An einigen Zellen sieht man noch die Veränderungen des Kernes. In der Cutis liegt in einer Kapillare und neben ihr Cutispigment.

Versammlungen.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Originalbericht von Dr. J. POLLITZER.

Sitzung vom 24. Oktober 1906.

RIEHL widmet dem dahingeschiedenen Ehrenpräsidenten Professor NEUMANN einen warmen Nachruf, worin er dessen Verdienste um die Wiener Schule, speziell aber seine hervorragende Stellung in der dermatologischen Gesellschaft würdigte.

SPIEGLER zeigt bei einem 13jährigen Knaben eine seit drei Monaten bestehende **Pityriasis lichenoides**, die sich vorwiegend aus ziemlich lebhaft roten, nur wenig schuppenden Knötchen zusammensetzt; diese konfluieren an der Streckseite des rechten Armes zu einem ekzemähnlichen Herd.

SPITZER, ERNST, demonstriert:

1. eine mächtige **Tylosis** der Hohlhände bei einem Anstreicher. Die fast 5 mm dicken, schmutzigen Hornauflagerungen zeigen am Rande keine Rötung, bestehen seit fünf Jahren und dürften artefiziell durch Beschäftigung mit Kalk entstanden sein;

2. ein ausgebreitetes **Palmar- und Plantarsyphilid** bei einem 36jährigen Hausbesorger, seit sechs Wochen bestehend. Infektion vor neun Monaten. Das Infiltrat reicht auch auf die Interdigitalfalten und die Streckseiten und zeigt daselbst stärkere Reizung;

Diskussion: EHRMANN und RIEHL glauben, dafs es sich vorwiegend um Ekzem handle, auf dessen Grundlage das Syphilid entstanden sei. WINKLER sah bei ähnlichen Fällen gute Erfolge bei Anwendung von Jothionsalbe.

MÜLLER (Klinik FINGER) stellt vor:

1. eine **Mykosis fungoides** bei einem 55jährigen Manne. Seit fünf Jahren bestehend, wurde die Affektion bisher als Ekzem vergeblich mit verschiedenen Salben behandelt. Am Stamme, besonders am Bauche und über dem Kreuze und den Oberschenkeln mehrere umschriebene und auch diffuse, braunrote, stark juckende, schuppende Flecken, in denen sich einzelne, bis hellergrofse, mit feuchten Krusten bedeckte Infiltrate erheben. Gröfsere, zum Teil ulcerierte Tumoren heben sich von einem stärker infiltierten, düsterrot gefärbten Herd unter dem rechten Schulterblatt

ab. Der Blutbefund ist normal. Bei Arsenbehandlung zeigten die Tumoren deutliche Rückbildung;

2. einen ausgebreiteten **Lichen scrophulosorum** bei einem 16jährigen Mädchen, das sonst auch deutliche Narben nach Drüsenabscessen in der Submaxillargegend zeigt. Über den gröfsten Teil des Körpers finden sich blafsgelbliche, aus kleinsten Knötchen konfluierte, zart schuppende Plaques, deren Entstehen aus einzelnen und in kleinen Gruppen gestellten folliculären Knötchen am Rande und noch deutlicher auf einer vor zwei Monaten verfertigten Moullage ersichtlich ist. Auf Tuberkulin starke Allgemein- und Lokalreaktion;

3. einen **Lupus erythematosus faciei** bei einer 51jährigen Frau. Keine Organtuberkulose, negative Tuberkulinreaktion;

4. einen weit über den Stamm, das Gesicht und die oberen Extremitäten ausgedehnten **Lupus vulgaris disseminatus**, dessen Entwicklung bei der 48jährigen Bäuerin seit einem Jahre erfolgte;

5. einen **Lichen ruber planus** bei einem fünfjährigen Kinde.

Reines (Abteilung Ehrmann) demonstriert:

1. eine seit zwei Monaten bestehende, in Rückbildung befindliche **Pityriasis lichenoides.** Deutlicher Dermographismus;

2. einen **Lupus erythematosus discoides,** der bei der 26jährigen Frau seit mehreren Jahren besteht und sich über das Gesicht, die Stirn, Ohren und Kopfhaut ausbreitete. Vor vier Wochen traten an den Dorsalseiten der Finger plötzlich ca. hanfkorn- bis linsengrofse, derbe, wenig elevierte, rosenrote, im Zentrum mehr livide, wenig juckende Flecken auf. Dieselben sollen schon früher auch im Gesichte, doch nur im Winter aufgetreten sein, im Sommer immer verschwinden. Patientin hat kalte, feuchte Hände. R. glaubt nach dem klinischen und histologischen Bilde Lupus pernio, Angiokeratoma und Folliclis ausschliefsen und auch diese Stellen für Lupus erythematosus ansprechen zu können;

3. die von Ehrmann bereits beschriebene Form der **Endarteriitis luetica** der kleinsten Hautgefäfse bei einem 58jährigen Mann, der vor ca. 20 Jahren Lues akquirierte und auch jetzt an der Haut der Arme und Oberschenkel die bekannten Spätformen serpiginöser, tuberkulöser Infiltrate zeigt. Dabei über den Rippenbogen, der Brust, den Glutaei und Oberschenkeln baumartig, dendritische, livide Zeichnungen, die ganz anders aussehen als eine cutis marmorata und bei aufrechter Stellung des Körpers am deutlichsten hervortreten. Stark ausgebildete Veränderungen an den Radial- und Temporalarterien, sowie die Accentuation des zweiten Aortentones weisen auf die Arteriosklerose in den gröfseren Gefäfsen hin.

Diskussion: Ehrmann sah bereits, wie bei einer Demonstration im Sommer 1906 erwähnt, vier solche Fälle, bei dreien gleichzeitig noch manifeste Luessymptome. Histologisch treten die Veränderungen an den kleinsten, papillären und subpapillen Gefäfsen deutlich hervor. Durch deren Sklerosierung kommt es in ihrem Bereiche zur Stauung, die sich durch Druck nur auf einen Augenblick verdrängen läfst. Bei der gewöhnlichen Cutis marmorata dagegen werden die paretischen Gefäfse durch Druck oder Reiben zur Kontraktion gebracht, die Haut wird daher erst weifs und nur allmählich vom Rande her wieder rot. Necker regt an, das von Maszkowicz beim intermittierenden Hinken und der Raynaudschen Krankheit gefundene Symptom der durch Gefäfsveränderungen verursachten, retardierten Hyperämie nach künstlicher Esmarchscher Anämisierung auch in diesen Fällen zu prüfen.

Riehl würde gerne die mikroskopischen Präparate der demonstrierten Gefäfsveränderungen sehen. Die Beobachtungen von Moszkowicz müssen besonders mit Berücksichtigung des normalen Gefäfsverlaufes geprüft werden.

Oppenheim stellt einen Fall von **blennorrhoischer Entzündung** eines an der Raphe penis verlaufenden paraurethralen Ganges bei freibleibender Urethra vor.

Zumbusch (Klinik Riehl) stellt vor:

1. eine ausgebreitete **Lepra maculo-tuberosa**, die bei dem 14jährigen Knaben vor sechs Jahren auftrat. Stamm und Extremitäten sind dicht beteiligt und von braunen Flecken und Infiltraten bedeckt. Vielfach kleine Knoten, gröfsere an der Stirne und im Gesichte, das den typischen Ausdruck der Facies leontina darbietet. Der Vater des Patienten leidet seit 14 Jahren an Lepra. Die Kranken stammen aus Astrachan;

2. die im Mai demonstrierte, mit starker Tumorbildung einhergehende **Mykosis fungoides.** Nach Röntgenbehandlung Rückbildung der Infiltrate und Geschwülste;

3. einen Mann mit **Sarcoma cutis idiopathicum.** Die vor drei Jahren hier gezeigten zahlreichen Knoten bildeten sich unter dem Einflusse der Röntgentherapie mit Hinterlassung von Pigmentationen und Atrophien zurück; doch traten neuerdings zahlreiche Herde an der Haut der Oberschenkel und des Bauches auf;

4. ein **Carcinoma lenticulare mammae.** Die Erkrankung begann im April 1906 mit der Bildung eines derben Knoten in der linken Mamma. Nach einigen Wochen traten unter Ödem des linken Armes an der Haut der linken Brust zahlreiche erbsen- bis haselnufsgrofse, gelbrote Knötchen auf, die sich während des Sommers so rasch vermehrten, dafs nunmehr die ganze Thoraxhaut panzerförmig infiltriert und dicht mit Knoten besetzt ist. Mächtige Drüsen in der Axilla.

Pick (Klinik Riehl) demonstriert:

1. ein Mädchen mit einem an Stamm und Extremitäten ausgebreiteten **Lichen scrophulosorum,** der vielfach serpiginöse Anordnung der kleinen Knötchengruppen zeigt;

2. zwei Fälle von **Elephantiasis lymphangiektatika,** kombiniert mit **Sarcoma idiopathicum multiplex.** An der Hand von mikroskopischen Präparaten werden sowohl die Veränderungen an den erweiterten Lymphgefäfsen und Lymphcysten als die besonderen Proliferationen des Bindegewebes besprochen. Ob die Wucherung von der Gefäfswand ausgeht und von diesen Übergangsformen zur reinen Tumorbildung führt, soll noch Gegenstand einer eingehenden Arbeit sein.

Riehl zeigt einen Patienten mit **Xanthoma tuberosum** in Form zerstreuter, erbsengrofser, schön gelblicher Knötchen. Im Urin kein Zucker.

Kren (Klinik Riehl) stellt vor:

1. ein 16jähriges Mädchen mit einer **Sklerodermie,** die vor einem Jahre nach einem Gelenkrheumatismus auftrat und seither rasch fast universell wurde. Stark ist das Gesicht ergriffen; Sklerodaktylie. Auffallend ist die Beteiligung der Mundschleimhaut. Das Frenulum linguae ist derb, sehnig, glänzend und verkürzt; auch am rechten Gaumenbogen ist eine weifsliche, atrophische Stelle zu sehen;

2. eine heftige Eruption von **Erythema multiforme,** das mit Schüttelfrost und starkem Fieber einsetzte und auch die Schleimhaut der Lippen und Zunge ergriff, wo schmerzhafte, aphtenähnliche Geschwüre zu sehen sind.

Reitmann (Klinik Riehl) demonstriert drei Fälle, zwei Mädchen und deren Vater, mit dem sonst seltenen Krankheitsbilde des **Adenoma sebaceum Pringle.** Die Patienten zeigen an der Gesichtshaut, besonders dicht an den Wangen und den Nasolabialfurchen zahlreiche hanfkorn- bis stecknadelkopfgrofse, glatte, mäfsig derbe, gelblichrote bis lebhaft rotbraune Knötchen. Ihr histologisches Bild gestattet aber strenge nicht die Bezeichnung Adenom, da es sich nicht um eine Neubildung, sondern nur um angeborene Vermehrung normal gebauter Talg- und Schweifsdrüsen bei starker Vermehrung des papillären und subpapillären Bindegewebes und Reichtum an erweiterten Blutgefäfsen handelt.

Daneben haben alle drei Kranke an einzelnen Zehen und Fingern runde, derbe, subunguale Fibrome, die Difformationen der Nägel herbeiführen.

Das familiäre Vorkommen in diesem Falle — auch der Grofsvater, Urgrofsvater und drei Brüder des Vaters litten an dem gleichen Gesichtsausschlage — bekräftigen die Ansicht RIEHLS, dafs es sich um eine kongenitale Störung im Sinne einer Naevusbildung handelt.

KYRTE a. G. zeigt die histologischen Präparate des von MUCHA im Sommer vorgestellten Falles von **PAGETS Disease.** Die anatomische Untersuchung nach Operation des mit den entsprechenden Axillardrüsen entfernten Mammatumors ergab ein Adenocarcinom der Brustdrüse und neoplasmatische Einsprengungen vom Charakter des primären Tumors auch in der Haut, aber ohne irgendeinen direkten Zusammenhang mit der Epidermis selbst.

Diskussion: FINGER betont, dafs dieses ekzematöse Vorstadium mit Ekzem wenig Ähnlichkeit besitzt und ebenso wie das prämykotische Ekzem schon beginnende Neubildung ist.

RIEHL weist die Diagnose PAGETS Disease, die strenge nur als primäres Hautcarcinom aufzufassen ist, für den vorgestellten Fall zurück, dessen anatomische Untersuchung nur das Übergreifen eines Mammacarcinoms auf die Haut ergab.

Sitzung vom 7. November 1906.

FINGER stellt vor:

1. ein ungewöhnliches **Erythem,** das mit einem Erythema nodosum ähnlichen Knoten begann, der bei zentraler Rückbildung sich peripher annulär ausbreitete und so fast den ganzen Unterschenkel umfafst. Die Mitte ist grauviolett verfärbt, der Rand eleviert, dunkelrot mit einem helleren, unscharfen Hof. Seit sechs Wochen traten aufser dem Herde kleine neuen Effloreszenzen auf. Die begleitenden Gelenkschmerzen sprechen für ein multiformes Erythem.

Diskussion: EHRMANN hält die Affektion für das von ihm seinerzeit besprochene Erysipeloid ROSENBACH.

2. Einen 47jährigen Mann mit **Leukaemia cutis.** Vereinzelt im Gesicht, zahlreich am Stamm, besonders am Rücken finden sich weiche, braunrote, runde, linsen- bis hellergrofse Knoten ohne besondere Gruppierung. Schleimhäute frei. Multiple Drüsenschwellung. Bei der Ähnlichkeit des klinischen Bildes ist die Differentialdiagnose gegen Syphilis naheliegend, besonders hier, wo eine Narbe am Penis zu finden ist. Patient wurde auch von anderer Seite antiluetisch behandelt, was oft folgenschwer wird, da die Leukämiker selbst auf kleine Quecksilberdosen mit schwerem Merkurialismus reagieren. Hämatologisch ist eine lymphatische Leukämie konstatiert; histologisch zeigen die Knoten lymphocytäre Infiltrate um die Gefäfse, Talg- und Schweifsdrüsen.

Diskussion: WEIDENFELD weist auf Grund eines ähnlichen, von ihm vorgestellten Falles auf die allgemeine Ausbreitung, die Polymorphie, die durchscheinende und sich rasch ins blaurote wendende Farbe der leukämischen Tumoren hin. Bei seinem Patienten war sicher Lues vorausgegangen.

LEINER zeigt bei einem einjährigen Kind eine **Hypotrichosis localis congenita.** Nach Ausfall der angeblich reichlichen braunen Primärhaare blieb die Kopfhaut vorn und auf dem Scheitel kahl, ebenso fehlen die Augenbrauen. Die Nägel des Kindes sind normal, die Dentition etwas verlangsamt.

Für die familiäre Heredität spricht die gleiche Affektion des Vaters, dem auch an allen übrigen, sonst bei Erwachsenen behaarten Stellen die Haare fehlen.

SPITZER, ERNST, zeigt eine eigenartige **artefizielle Hyperpigmentation** bei einem 56jährigen Manne. Dieselbe bedeckt, in der Zeichnung einer stark ausgeprägten

Cutis marmorata ähnlich, in dendritisch-netzförmiger Verzweigung die Gegend des Kreuzbeines und das Gesäfs. Die Streifen sind braun gefärbt, ähnlich dem Chloasma, das wir nach längerer Applikation eines Thermophors sehen. Es ist auch ein solches Chloasma caloricum, erzeugt durch heifse Sitzbäder, und wahrscheinlich eine durch Gefäfsveränderungen verursachte Pigmentverschiebung.

Diskussion: Ehrmann hat ähnliche Veränderungen untersucht und dabei Gefäfsveränderungen gefunden. Welcher Art aber die Pigmentierung ist, konnte dabei nicht sicher entschieden werden. Auch die Pigmentzeichnungen durch Blitzschlag sind ähnlich.

Zumbusch demonstriert ein dreimonatliches Kind mit einem seit 14 Tagen bestehenden, eigenartigen Ausschlag. Am Stamm, besonders der Bauchhaut, zerstreut zahlreiche stecknadelkopf- bis linsengrofse, rote, papulöse Effloreszenzen, die sich innerhalb eines flachen Randsaumes kugelig erheben, im Zentrum selbst aber dellenförmig einsinken. Es handelt sich um eine ausgebreitete Form von **Mollusca contagiosa.**

Fasal zeigt bei einer 50jährigen Frau am linken Arm eine beginnende **Atrophia cutis idiopathica.** Dieselbe befindet sich noch vielfach im Stadium erythemartiger, leicht cyanotischer Rötungen in Flecken- und Streifenform mit dazwischenliegenden Stellen deutlicher Atrophie.

Zumbusch demonstriert eine 24jährige Frau mit **multiplen Spontankeloiden.** Dieselben begannen vor sechs Jahren mit einer derben, quergestellten, typischen Keloidbildung. In den letzten zwei Jahren traten nun zahlreiche erbsen- bis über guldengrofse, 3—4 mm hohe, harte, lebhaft rote Tumoren, besonders an fast symmetrischen Stellen des Rückens hinzu, und zwar unter sehr starkem Jucken.

Nobl stellt einen 6½ Jahre alten Knaben vor, den er im Frühjahr 1906 zum erstenmal mit einer Blaseneruption sah, die sich aus frischen, wasserhellen, zum Teil auch hämorrhagischen Blasen vorwiegend an den Händen und den unteren Extremitäten zusammensetzte. Im Sommer sistierten die Nachschübe, um im Herbst neuerlich aufzutreten. Und auch jetzt sind an den Händen, Fingern, Knien und Füfsen solche Blasen und ihnen entsprechende Krusten zu sehen. Aber auch an den Lippen und am Gaumen entstehen Blasen und Epithelverluste. Die Angaben der Eltern, dafs diese Blasenbildung nur durch äufsere Traumen erzeugt werde, würde zur Annahme einer **Epidermolysis bullosa hereditaria** drängen. Dagegen spricht aber das Auftreten der Erkrankung erst im höheren Alter und die Unmöglichkeit, artefiziell durch Reiben oder Druck Blasen hervorzurufen. Vielmehr gestattet die Beobachtung der letzten Anfälle, die Attaquen von circinären Erythemen mit randständigen Blasen, die Diagnose eines **benignen Pemphigus** nach Art der Dermatitis herpetiformis Duhring. An den Abheilungsstellen der Blasen entstehen vielfach kleine Milien.

Diskussion: Weidenfeld hält die Affektion für einen Pemphigus, der allerdings in so früher Jugend und dieser Form selten auftritt, aber auch schon von Hebra und Kaposi gekannt wurde, während die Epidermolysis hereditaria auf Grund ihrer speziellen Eigenarten erst später von Köbner als eigenes Krankheitsbild abgegrenzt wurde.

Ullmann trennt die Epidermolysis scharf vom Pemphigus vulgaris, ebenso wie Ehrmann davon die Dermatitis herpetiformis sondert, die immer benigne verläuft.

Oppenheim. Der vorgestellte Fall wurde auf der Klinik Finger anfangs als Impetigo contagiosa aufgefafst, dann aber als Pemphigus diagnostiziert.

Brandweiner (Klinik Finger) stellt vor:

1. Einen Patienten mit frischem Roseolaexanthem; der Mann wurde vor zwei

Jahren auf der Klinik RIEHL wegen eines ulcerierten Gumma am Rücken mit ZITTMANN, Jodkalium und 25 Einreibungen behandelt. Es entsteht nun die Frage, ob es sich um eine **Reinfectio syphilitica** handelt. Man sieht am Rücken noch die bogenförmige, pigmentierte Narbe und an deren Rande Komedonen und erweiterte Talgdrüsen; solche Narben könnten allerdings auch nach Scrofuloderma und besonderen ulcerösen Akneformen persistieren.

Diskussion: FINGER glaubt, dafs man der Reinfectio syphilitica nicht mehr so skeptisch gegenüber zu stehen braucht. Wir haben eine Patientin, die vor drei Jahren Initialaffekt und Roseola zeigte und ohne Rezidive geheilt blieb, jetzt aber unter unseren Augen einen frischen Primäraffekt mit Roseola und anschliefsenden, schweren Rezidiven bekam. LANDSTEINER und ich haben auf Grund der Impfungen an Affen und klinischer Versuche auf die Möglichkeit der Reinfektion sowohl bei bestehender Sklerose als im weiteren Verlaufe der Syphilis hingewiesen; VOLK hat den damaligen entgegengesetzten Standpunkt von KRAUS am Berner Kongrefs berichtigt und unsere Angaben bestätigt.

2. Ein **Xeroderma pigmentosum** bei einem elfjährigen Mädchen, seit fünf Jahren bestehend. Familie sonst gesund. Die Entwicklung der Krankheit war die typische, sie begann mit Erythemen, führte dann zu ephelidenähnlichen Pigmentationen und weifsen Flecken, zuletzt zur Bildung zahlreicher kleiner Tumoren im Gesichte; nur sind auch solche Tumoren am Limbus beider **Corneae**; diese wurden auf der Klinik SCHNABEL exzidiert und zeigten identischen Bau mit den Hautcarcinomen. Auf der Seite bisher glatte Heilung, auf der anderen bleibt Rezidive und Carcinomatose des ganzen Bulbus.

Diskussion: SPIEGLER erinnert an eine ältere Frau mit Xeroderma pigm., bei der er gleichfalls einen Tumor am Limbus corneae beschrieb, der sich histologisch als Endotheliom erwies.

MUCHA ladet die Mitglieder der Gesellschaft zur Besichtigung von **Spirochätenpräparaten bei Dunkelfeldbeleuchtung** im pathologisch-anatomischen Institute Prof. WEICHSELBAUM ein. Diese Methode wurde von SIEDENKOPF und ZSIGMONDY zur Darstellung ultramikroskopischer Teilchen angegeben und hier von REICHERT in einfacher Weise modifiziert. MUCHA und LANDSTEINER verwenden bei einer 20 Ampère-Bogenlampe ein mittleres Trockenobjektiv (REICHERT Nr. 5) mit einem Kompensationsokular (Nr. 18).

Das Gewebe oder Sekret wird zur Untersuchung in dünnster Schicht zwischen Objektträger und Deckglas, eventuell mit physiologischer Kochsalzlösung verdünnt ausgebreitet. Man sieht dann im dunklen Gesichtsfeld die Spirochäten hell beleuchtet in ihrer charakteristischen Form und Bewegungsart. Die gröfsere Anzahl von Spirochäten und ihre leichte Auffindbarkeit im Sekrete von Sklerosen, Papeln, Lymphdrüsensaft, hereditär-luetischen Organen bei dieser Methode lassen sie nicht nur zu diagnostischen Zwecken sehr geeignet erscheinen, sondern leisten auch die besten Dienste bei der biologischen Untersuchung der Spirochäte; so konnten wir konstatieren, dafs die Beweglichkeit ein bis zwei Tage erhalten bleibt, dafs bei Serumeinwirkung sowohl von Gesunden als von Luetikern keine Agglutination eintritt.

FREUND stellt zwei Patienten vor, deren **Lupus vulgaris** mit **Röntgenstrahlen** behandelt und geheilt wurde. Der erste Patient kam mit einer ganz ulcerierten Nase zur Behandlung: er erhielt im ganzen 18 Sitzungen. Die Nase ist jetzt flach und von einer glatten, narbigen Haut bedeckt. Der zweite Patient litt an einem ulcerierten Lupus des ganzen Gesichtes, das seit 1902 nicht behandelt ist, demnach schon eine seit vier Jahren bestehende Dauerheilung aufweist. Die beiden Fälle widerlegen am besten die vielfach geäufserte Ansicht, dafs man den Lupus mit Röntgenstrahlen

nur bessern und nicht auch zur Heilung bringen kann, wie dies Eitner jüngst auch von einer gröſseren Anzahl von Lupusfällen aus unserem Röntgenlaboratorium mitteilen konnte.

Diskussion: Ullmann fragt, wieso nach Röntgenbehandlung häufiger Rezidive erfolgen, als nach der Finsenbelichtung. Zunächst dürften in dem von der Röntgenreaktion betroffenen Gebiete immer doch Knötchen zurückbleiben; auch führt dieselbe bisweilen ebenso wie die Tuberkulinreaktion zur Propagation der Keime. Bei der Finsenbehandlung ist die Lokalisation der Therapie leichter möglich, beim Röntgenisieren aber die Tiefenwirkung besser. Gute kosmetische Resultate ergibt auch die Radiumtherapie.

Jungmann, auf dessen Publikationen sich Freund wohl gelegentlich bezog, kann den ersten Fall keineswegs als abgeschlossen anerkennen. Zur Beurteilung des zweiten fehlt eine genauere Krankengeschichte und Vergleichsphotogramme. So sehr die Vorzüge der Radiotherapie in der Behandlung der Hautkrankheiten und insbesondere des Lupus anerkannt werden können, muſs doch betont werden, daſs die umfangreichen Erfahrungen an der Abteilung Prof. Lang und in der Lupusheilstätte mit der Röntgenbehandlung nur ganz vereinzelt und ausnahmsweise Dauerheilungen ergaben, während sie als erste Vorbehandlung mancher Fälle sehr Gutes leistet. Ihr Nachteil gegenüber der Finsenbehandlung liegt eben schon darin, daſs sie nur bis zu einer gewissen Intensitätsgrenze ohne Gefahr schwerer Schädigung anwendbar ist. Freilich hat Freund vom Anfange an für die Anwendung schwacher Dosen plaidiert, worin Lang und ich ihm nur beipflichten können. Andererseits konnte ich öfter eine Reihe geheilter Finsenfälle demonstrieren. Ähnlich lauten auch die Erfahrungen von Moeller in Stockholm, von François in Antwerpen und von den groſsen Londoner Instituten. Dagegen möchte ich als Beitrag zur Beurteilung der Resultate Freunds in seinen letzthin erschienenen Berichten anführen, daſs dieser selbst auf die Mangelhaftigkeit in der Evidenthaltung seiner Patienten hinweist, deren schriftlicher und behördlich beglaubigter Eigenbericht nie die persönliche Beurteilung des Arztes ersetzen kann und als unzureichend und unverläſslich gegenüber der bei uns bestehenden wiederholten, ärztlichen Kontrolle nicht standhalten kann.

Ehrmann stellt eine Frau vor, die vor zwei Jahren an einer **Atrophia cutis idiopathica** erkrankte; damals bestanden an den Streckseiten der Extremitäten lividrote Schwellungen in Flecken- und Streifenform. Jetzt sieht man an denselben Stellen nur leicht elevierte Flecken, über denselben die Haut fein uneben, gefältelt, an den Unterschenkeln aber mit der Unterlage fest verbunden, ähnlich der **Sklerodermie**, von der das Bild doch wesentlich verschieden ist. Histologisch findet man um die Lymphgefäſse entzündliche Infiltrate mit Plasmazellen und Riesenzellen, weshalb ich mich der Meinung zuneige, daſs es sich dabei um einen entzündlichen Prozeſs, eine Perilymphangitis, handelt. Derselbe hat wohl meist externe Ursachen.

Reines (Abteilung Ehrmann) demonstriert:

1. Einen handtellergroſsen Herd von **circumscripter idiopatischer Hautatrophie** in der Mitte des Rückens bei einem 17jährigen Knaben. Daneben einzelne Variolanarben.

2. Die von Ehrmann bereits an anderer Stelle vorgestellte Frau mit einem Defekt in der Haut des Schädeldaches durch eine nach ulcerösem Gumma entstandene, tiefreichende Narbe, begrenzt von einem aufgeworfenen Knochenwall. Am Halse und Stamme zahlreiche, serpiginöse, pigmentierte Narben. Die Erkrankung besteht seit 15 Jahren und ist bisher unbehandelt. Der Mann der Patientin leidet an Tabes. In der Anamnese sonst keine Anhaltspunkte für Lues.

Spiegler zeigt:

1. Ein ausgebreitetes pustulo-crustöses Syphilid nach einer extragenitalen Sklerose am rechten oberen Augenlid.

2. Ein **Kraurosis vulvae** in Form narbiger Atrophie der Labien, Vulva und Perinealhaut bis zum Anus. Dieselbe trotzt jeder Therapie und ist die hierfür vorgeschlagene Radikalmethode der Ekzision hier wohl schwer technisch ausführbar. Steinsalzbäder brachten einige Erleichterung.

3. Ein **Ekzema cruris lichenoides,** welches über den zahlreichen **Varikositäten** streifenförmig entsprechend den erweiterten Venen verläuft.

Fachzeitschriften.

Monatsberichte für Urologie.

1906. Heft 11.

I. **Zur Anatomie und Entwicklungsgeschichte der Harnröhre des Mannes,** von Rudolf Paschkis-Wien.

1. Über den Verschlufs des Eichelteiles der Harnröhre.

2. Drüsen der Harnröhre und Lacuna magna.

Mikroskopische Untersuchungen an 39 Embryonen; es wurden Serienquerschnitte durch den Penis, möglichst senkrecht zum Verlaufe der Harnröhre gemacht und mit Hämalauneosin gefärbt. Zehn Abbildungen erläutern die eingehenden Darlegungen, auf welche hier nur hingewiesen werden kann.

II. **Ein neues Urinal für Frauen,** von P. Wulff-Hamburg. Der Apparat besteht aus zwei Hohlschalen. Die eine hat die Form eines halben Vaginalspiegels und wird in die Vagina eingeführt; die andere ist tellerförmig und liegt vor den grofsen Labien. Vier Schenkelriemen befestigen den Apparat an einem um die Taille zu legenden Gürtel. Der Abschlufs liegt an der tiefsten Stelle des Tellers und ist mit einem den Harn auffangenden Gummibeutel verbunden.

1906. Heft 12.

Die Gonosantherapie bei Cystitiden der Prostatiker, von Keil-Berlin. Keil empfiehlt das Gonosan bei Behandlung der Cystitiden der Prostatiker als zuverlässiges und wohltätiges Mittel zur Beseitigung der dysurischen Schmerzen. Er konnte feststellen, dafs unter Gonosantherapie in einem Teil seiner Fälle der Residualharn weit spärlicher und klarer wurde; bei bestehenden Veränderungen der Blasenschleimhaut nahm der Verfasser neben der Verordnung von fünfmal täglich zwei Kapseln Gonosan zugleich tägliche Spülungen mit Asterol 2:2000 vor mit dem Erfolge, dafs er nach sechswöchiger Behandlung die Spülungen nur alle 8—14 Tage anzuwenden brauchte. *Schourp-Danzig.*

The British Journal of Dermatology.

Dezember 1906.

Die opsonische Behandlung gewisser Hautkrankheiten, von George Pernet und J. Lemare Bunch. (Fortsetzung und Schlufs aus dem Oktober- und Novemberheft.) Das Opsonin ist eine im Blutserum enthaltene Substanz, welche gewissermafsen

die Bakterien zum Frafse für die Phogocyten vorbereitet, und ist unabhängig von den Bakteriolysinen und Agglutininen. Für jeden pathogenen Mikroorganismus gibt es ein spezifisches Opsonin. Unter opsonischem Index versteht man das Verhältnis des phagocytischen Index (erhalten, indem man eine bestimmte Anzahl „gefressener" Bakterien durch die „fressenden" Leukocyten dividiert) des Serums einer kranken Person zu dem einer gesunden Person. Der opsonische Index soll nun steigen, je hochgradiger die Infektion, je mehr Toxine in die Blutbahn gelangen. Auf Grund dieser Theorie soll nun die Behandlung mit der Vaccine des betreffenden Mikroorganismus eingeleitet werden; durch die Einspritzung dieser Vaccine will man das Serum dazu bringen, Opsonin gegen diesen Mikroorganismus zu produzieren. Für eine derartige Behandlung eignen sich nur lokalisierte Infektionen, nicht allgemeine, im ganzen Körper schon vorhandene, da im letzteren Falle die neuen Toxine, welche zu den im Blute kreisenden hinzukommen, den Körper schädigen würden. Die Fälle, welche Verfasser auf Grund dieser Theorie behandelten, betrafen Lupus, Acne vulgaris, Erythema circumscriptum, lokalisierte Blaseneruption, Tuberkulide, und sie bringen neun ausgewählte Fälle, welche am längsten in Behandlung blieben, hier zur genaueren Beschreibung. Ein Fall von Lupus vulgaris bei einem 17jährigen jungen Mann, der bereits fünf Jahre lang in einer Hautklinik zu London ohne Erfolg behandelt war, zeigte nach ½jähriger Behandlung mit Tuberkulin in Dosen, von $^{1}/_{400}$ mg bis auf $^{1}/_{1200}$ mg herabgehend, bedeutende Besserung. Der Fall lehrte deutlich, dafs des Patienten opsonischer Index so lange ein niedriger blieb, als relativ hohe (wenn auch absolut sehr kleine) Dosen von Tuberkulin injiziert wurden, und erst bei $^{1}/_{1200}$ mg die Norm erreichte. In einem Fall von Blaseneruption, die am rechten Unterschenkel, dem Kopf und auch an einzelnen Stellen des Rumpfes in sehr hartnäckiger Weise bei einem 57jährigen Mann immer wiederkehrte, wurden Staphylokokken an den affizierten Stellen und in einer Blase auch Streptokokken gefunden. Es wurden nun Injektionen von Antistaphylokokkenvaccine ausgeführt; der opsonische Index für Staphylokokken stieg in sechs Wochen von 0,80 auf 1,05 und die Affektionen schienen bedeutend gebessert. Es traten aber neuerdings Blasen auf, und Staphylokokkeninjektionen brachten wiederum Besserung; nach zwei Monaten entschied man sich zu Streptokokkeninjektionen, da des Patienten Index für Streptokokken ein sehr niedriger blieb, nach vier Injektionen erhöhte sich des Patienten Index für Streptokokken auf 0,98, und der Zustand war wiederum gebessert, Patient mufs aber unter ärztlicher Kontrolle bleiben. Ein Fall von Acne vulgaris sehr hartnäckiger Art wurde mit Antistaphylokokkenvaccine in ähnlicher Weise behandelt, ebenso ein Fall von tuberkulösen Hautgeschwüren mit Tuberkulin (in ganz kleinen Dosen). Bei sämtlichen Fällen wurde durch diese Methode Besserung erzielt, immerhin erwähnen aber Verfasser stets, dafs sie noch unter Behandlung bleiben müfsten; trotz der Kompliziertheit der Methode scheint also auch diese bei hartnäckigen Hautaffektionen der beschriebenen Arten keine Dauerheilung zu bringen.

Über Hautaffektionen bei verschiedenen Krankheitszuständen, speziell in bezug auf gewisse Angioneurosen, von S. Ernest Dove - Cantab. (Fortsetzung und Schlufs aus dem Oktober-Novemberheft; Beginn siehe Monatsheft Bd. 43, S. 567.) Raynauds Krankheit, ebenso wie Erythromelalgie, sind auf Veränderungen der Blutzirkulation, auf periphere Neuritis oder auch auf toxische, im Blute kreisende Stoffe zurückgeführt worden. Sklerodermie und Raynauds Disease kommen zuweilen bei ein und demselben Patienten vor, und die Verbindung von Sklerodaktylie mit der letzteren bilden ein weiteres Mittelglied zwischen diesen verschiedenen Krankheitszuständen. Als Ursache derselben sind auch Veränderungen an den Gefäfswänden, wie abnorme Verdünnung derselben, obliterierende Entzündung, begleitet von inter-

stitiellen Bindegewebswucherungen, beschrieben worden. Periphere Zirkulationsstörungen bilden schliefslich eine wichtige Ursache bei der unter dem Namen Angiokeratom bekannten Affektion.

Erythema induratum, die Gruppe der sogenannten Wintereruptionen, ebenso wie die Wichtigkeit von Angioneurosen bei Lupus erythematosus möge hier Erwähnung finden. WILFRIED WARDE erklärt sogar letzteren für enge associiert mit Sklerodermie. Verfasser (DOVE) führt fünf selbstbeobachtete Fälle an, welche die Association von peripheren Zirkulationsstörungen mit BAZINS Krankheit und Erythema multiforme, von Lupus erythematosus mit Sklerodermie und RAYNAUDscher Krankheit illustrieren; er hält es sogar für möglich, dafs je nach den verschiedenen klinischen Bedingungen die Gefäfsstörungen folgende progressive Reihenfolge einhalten: 1. temporäre Gefäfserweiterung (Frostbeulen, lokale Asphyxie), 2. intermittierende Dilatation mit Hypertrophie (Angiokeratom, Erythema keratoides und verwandte Zustände, vielleicht auch ein frühes Stadium des Lupus erythematosus), 3. dauernd vorhandene Dilatation mit Atrophie (Erythema mit zurückbleibenden Narben, intermediäres Stadium der RAYNAUDschen Krankheit) und 4. relative Vasokonstriktion (lokalisierte Sklerodermie und sklerodermischer Typus des Lupus erythematosus, Sklerodaktylie). Ähnliche, in progressiver Weise zunehmende Veränderungen könnte auch Arsenik, in toxischen Dosen genommen, auf der Haut hervorrufen.

Im weiteren Verlauf der umfangreichen Arbeit werden die Erkrankungen der Lungen in ihren Beziehungen zu jenen der Haut besprochen, das Vorkommen von febrilem Herpes bei Pneumonie erwähnt und ein unzweifelhafter Zusammenhang zwischen Asthma und Ekzema festgestellt; D. sah verschiedene Fälle von chronischem Ekzema in Verbindung mit Asthma, wo ersteres während der Asthmaanfälle unverändert blieb oder Verschlimmerung erfuhr. Auch Ichthyosis soll in gewissem Zusammenhang mit Lungenaffektionen stehen, Purpura in Verbindung mit Lungentuberkulose vorkommen, Tinea versicolor mit Vorliebe Phthisiker befallen usw. Krankheiten des Verdauungskanals werden allgemein als wichtiger Faktor bei der Ätiologie von Hautkrankheiten angesehen. Besonders bei schlechtgenährten Kindern besteht Prädisposition für Ekzema, Urticaria bei überernährten mit den häufigen Magendarmstörungen, ebenso für chronisches Ekzem. Pruritus ist eine häufige Begleiterscheinung von Gelbsucht, Urticaria und Purpura sehr gewöhnlich bei Lebercirrhosis und Cholelithiasis vorkommend. Hautveränderungen können vorkommen bei der sog. GRAVESschen (Hyperidrosis, Urticaria, Purpura), bei der ADDISONschen Krankheit, bei Leukämie, bei Myxödem (trockene, schuppende Haut) und ähnlichen Konstitutionskrankheiten; bekannt ist die häufige Koincidenz von Diabetes und Xanthelasma oder nach demselben verwandten Hautaffektionen. Von den Infektionskrankheiten können Malaria (besonders mit Urticaria und Herpes) koincidieren, Meningitis cerebrospinalis mit petechialen Ausschlägen, Herpes, Erythema, akuter Gelenkrheumatismus mit Sudamina, Purpura, verschiedenen Formen von Erythema, Endocarditis infectiosa mit erythematösen und petechialen Ausschlägen, ebenso wie sie bei Septikämie und Pyämie beobachtet werden, vergesellschaftet sein. Hauteruptionen verschiedener Arten sind in Gemeinschaft mit tropischen Krankheiten, wie Dengue mit einem Initialerythema und einem terminalen, polymorphen Ausschlag, Beriberi mit seltenen Formen von Erythem beschrieben worden. Es könnten noch bezüglich anderer Krankheiten eine Reihe von Hautkomplikationen angeführt werden, aber Referent mufs bezüglich weiterer Einzelheiten auf die Originalarbeit und deren umfangreiches, nach den einzelnen inneren Krankheiten geordnetes Literaturverzeichnis verweisen.

Januar 1907.

Ein Fall multipler Leiomyome der Haut, von WALLACE BEATTY. Bei dem 28jährigen Mann war seit etwa fünf Jahren an Brust, Stirn und Oberextremitäten eine knötchenartige Eruption folgender Art vorhanden. Die Knötchen sind hauptsächlich an der linken Seite des oberen Teiles des Körpers, am Thorax hingegen symmetrisch an beiden Seiten vorhanden; der untere Teil des Rumpfes und die Unterextremitäten sind nicht ergriffen. Die Farbe der Knötchen ist blafsrot oder die normaler Haut; an Gröfse variieren sie von 2—4 mm Durchmesser und sind grofsenteils von einander abstehend, wiewohl an manchen Stellen mehr weniger nahe beisammen stehend. Ihre Koinsistenz ist eine feste, jedoch nicht so knorpelhart, wie in dem von KRYSTALOVICZ beschriebenen Falle. Subjektive Symptome sind aufser Schmerz bei grofser Kälteeinwirkung nicht vorhanden. Wenige Wochen nach der Exzision eines Knötchens bildete sich an dessen Stelle ein kleines schmerzloses Keloid. VAN GIESONsche Färbung zeigte sehr gut die Struktur der Knötchen: Muskelbündel (gelb), Kerne (blau) und Bindegewebe (rot); auch andere Färbemethoden wurden angewandt und bestätigten die genannten Ergebnisse; in einigen Schnitten sah B. Muskelbündel nahe an den Haarbalg- und Talgdrüsen, was ihn zu der noch unbewiesenen Vermutung führte, der Ursprung der Myome liege in den Arrektores pilorum. Aufzählung der aus der Literatur bekannten Fälle, zwei Tafeln mit dem makroskopischen und histologischen Befund.

Berichte über einige besondere Fälle, von A. WINKELRIED WILLIAMS-Brighton:

1. **Ein Fall von Epidermolysis bullosa**, bei welcher intrauterine Entwicklung des Leidens feststand.

Bei dem kräftigen Kinde waren bei der Geburt verschiedene Körperteile so fest miteinander verwachsen, dafs sie auf chirurgischem Wege getrennt werden mufsten. Blasen traten erst später (nach zwei Wochen) auf und nahmen an Zahl und Gröfse immer mehr bis zu dem jetzigen, fünften Lebensjahr des kleinen Patienten zu.

2. **Ein Fall von Lupus an der Stelle der Schutzpockenimpfpusteln.**

3. **Ein Fall von Urticaria haemorrhagica, verursacht durch Resorption von Toxinen, die von einer chronischen Mittelohreiterung ausgingen.**

Der Fall, welcher viele Monate lang mit allen möglichen Mitteln behandelt worden ist, kam erst zur Heilung, als die Mittelohreiterung ausgeheilt wurde.

4. **Ein spezieller Fall multipler kutaner und subkutaner Tumoren.**

An linker Schulter, Bein und Oberschenkel, ebenso im Gesicht waren zahlreiche erbsen- bis taubeneigrofse Geschwulstmassen; grofsenteils subkutan gelegen, bei einer 61jährigen Frau vorhanden. Jodkalium brachte in kurzem beinahe alle Geschwulstmassen zum Verschwinden — (also wohl eine spätsyphilitische Erkrankung. Ref.).

Stern-München.

Journal of cutaneous Diseases including Syphilis.

November 1906.

Lymphangioma circumscriptum, von S. POLLITZER-New York. Die Tumoren der Lymphgefäfse gehören zu den seltenen pathologischen Erscheinungen, und besonders jene der obersten Hautschichten bilden klinische Raritäten. Von den beiden Fällen dieser Art, welche P. beobachtete, betraf der eine einen 17jährigen, gut entwickelten jungen Mann, bei welchem am Nacken eine aus einer Gruppe vesikulärer Struktur bestehende Hautveränderung vorhanden war und seit der frühesten Kindheit bestanden haben soll. Das auffallendste Gebilde war eine unregelmäfsig runde Masse von

warzenartigem Aussehen von 1 cm Durchmesser, $^1/_2$ cm über die Umgebung hervorragend. Bei näherer Besichtigung erschien dieses Gebilde aus einer Anzahl unregelmäfsig halbkreisförmiger Bläschen zusammengesetzt, wovon einige die normale Hautfarbe zeigten, andere mit hellroten Streifen und Punkten durchsetzt waren. Diese Hautveränderungen waren alle auf Druck nicht veränderlich. Die mikroskopische Untersuchung der aus den kleinsten Gebilden gewonnenen Schnitte zeigte an verschiedenen Stellen in der Papillarschicht kleine Lymphräume, ein frühes Stadium in der Entwicklung der Neubildung darstellend. Dafs es sich um ein Lymphangiom, eine wirkliche Neubildung von Lymphgefäfsen und nicht um eine Lymphangiektasie handelt, begründet P. mit folgenden zwei Hauptpunkten:

1. Ist die Endothelschicht der Grenzwand eine gleichmäfsige, prominierende Nuclei aufweisend — bei einfacher Dilatation sind die Endothelien verdünnt, unregelmäfsig, die Kerne komprimiert.

2. Diese Lymphräume finden sich gerade an der Spitze der Papillen direkt unter der Epithelialschicht — eine Gegend, wo normalerweise Lymphgefäfse nicht vorkommen. Ätiologisch kann es sich hier nur um eine kongenitale Anlage handeln; allerdings ist die Frage, in welcher Weise diese zustande kommt und sich dann weiter entwickelt, noch eine strittige und verschiedentlich beantwortet worden.

In dem zweiten Falle, welchen P. beobachtete, handelte es sich um ein sechsjähriges Mädchen, bei welchem die Mutter schon im Alter von wenigen Monaten eine Anzahl von „Wasserbläschen“ an der Seite des Thorax beobachtet hatte und dieselben von Zeit zu Zeit verschiedene Veränderungen eingegangen waren. Die mehr oder weniger mit isolierten Bläschen oder Gruppen von Bläschen bedeckten Hautstellen an der rechten Brustwand und haben einen Umfang von ca. 8 cm; eine mikroskopische Untersuchung wurde in diesem Falle nicht vorgenommen, da das klinische Bild P. genügend ausgeprägt schien. Mit einer Anzahl (sechs) Abbildungen über den mikroskopischen Befund des erstgenannten Falles.

In der Diskussion, die sich an diesen Vortrag P.s (auf der 13. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologen zu Cleveland, 31. Mai bis 2. Juni 1906) anschlofs, hoben James C. White und Thomas G. Gilchrist hervor, dafs häufig bei dieser Art Neubildung Dermatitis und auch zuweilen Hämorrhagien unter den Bläschen vorkommen. Charles J. White und Hartzell erklären nach ihrer Erfahrung die zirkumskripten Lymphangiome für nicht so selten, als Pollitzer angeführt habe; ersterer sah wenigstens vier Fälle dieser Art, Hartzell würde die Bezeichnung Hämolymphangioma vorziehen, da in den meisten Fällen auch eine Anhäufung von Blutgefäfsen vorhanden sei.

Ein Beitrag zur Histopathologie und Theorie der Brom- und Jederuptionen, von M. F. Engman und W. H. Mook-St. Louis. (Mit vier Tafeln von Abbildungen, einen Fall und den histologischen Befund illustrierend.) Die Hauptschlüsse der Verfasser sind folgende: Die lokalen, von Brom und Jod herrührenden Hauteruptionen kommen mit Vorliebe an Stellen vorhergehender Entzündung vor: um Komedoma, Akne, Narben, Traumen, Kratzwunden herum. Verletzungen, Druck, rascher Temperaturwechsel können eine Eruption in mit den genannten Medikamenten überladenen Geweben beschleunigen. Idiosynkrasie kann, wie bei anderen toxischen Zuständen, eine Rolle spielen. Die Hautdrüsen oder Follikel haben keinen wirksamen oder spezifischen Anteil an der Entstehung der Hauteruptionen, und wenn sie ergriffen sind, ist es in sekundärer Weise (nach den entzündlichen Veränderungen an den Gefäfsen und im Bindegewebe). Die gröberen histologischen Veränderungen in der Haut bestehen in verschiedenen Graden der Entzündung von leichten Veränderungen um die Gefäfse herum bis zur Bildung destruktiver Abscesse und progressiven

Gewebstod, die feineren treten in folgender Progression auf: zuerst Vermehrung der Bindegewebszellen um die Gefäfse, dann Auftreten von lymphoidähnlichen Zellen um dieselben, fernerhin von grofsen Leukocyten mit Granulierung und Vakuolenbildung in den fixen Bindegewebszellen und schliefslich lokale Zunahme all dieser Erscheinungen und Abscefsbildung. Diese ganze Summe von Veränderungen kann als durch verschiedene Faktoren bedingte Störung des Gleichgewichts betrachtet werden und hängt von der individuellen Reaktion auf Entzündung, wie bei jedem anderen toxischen Zustand, ab. Verfasser bezeichnen ihre Theorie als rationelle, da sie alle Symptome von Jodo- und Bromoderma in rein chemischem und mechanischem Wege erklärt und nicht auf der mysteriösen oder rein theoretischen Wirkung des vasomotorischen Systems beruht.

Bemerkungen über einen Fall von Aktinomykosis, von Joseph Zeisler-Chicago. Der Fall betraf eine 24jährige junge Dame, welche die Gewohnheit hatte, frisch gepflücktes Gras zu kauen. Wie gewöhnlich, war eine ausgedehnte Abscefsbildung am Unterkiefer vorhanden, dieselben wurden durch möglichst kleine Inzisionen geöffnet, aufserdem Jodkalium innerlich gegeben, das aber nicht vertragen wurde. Auf Empfehlung A. D. Bevans, der sowohl bei Aktino- wie Blastomykosis mit innerer Verabreichung von Cu-Sulfat guten Erfolg hatte, wurde dieses Mittel täglich drei- bis viermal in der Dosis von je 0,015 in Kapseln gegeben. Die Besserung schritt nun rasch unter gleichzeitiger lokaler Röntgenisierung vorwärts, und das Leiden war nach etwa zwei Monaten geheilt. Ob die rasche Heilung den Röntgenstrahlen oder der inneren Therapie zuzuschreiben ist, vermag Z. nicht zu entscheiden, erklärt aber jedenfalls vorsichtige Röntgenisierung für ein sehr gutes lokales Hilfsmittel bei Aktinomykosis. Die vorhergehenden Arbeiten wurden als Vorträge auf der 13. Jahresversammlung amerikanischer Dermatologen zu Cleveland (s. oben) abgehalten.

Zur Histopathologie der Paraffin-Prothese, von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. Bereits in den Monatsheften in dem Bericht über den 9. Kongrefs der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (Bd. 43, S. 484) referiert.

Myiasis dermatosa, von August Strauch-Chicago. Myiasis ist eine Affektion, welche durch die Larven verschiedener Arten von Fliegen, die in die Haut des tierischen und menschlichen Körpers und in die direkt mit der äufseren Haut kommunizierenden Körperhöhlen, wie Nase, Rachen, Ohr oder gar in dem Magendarmkanal, letzteres bei Menschen aber höchst selten, eindringen, bedingt ist. Verfasser hatte an sich selbst Gelegenheit, einen Fall von Myiasis dermatosa oestrosa (Dasselbeule) zu beobachten, wobei von den beiden entstandenen Beulen die eine durch gelungene Entfernung der Larve zurückging, die andere aber nach etwa zwei Monaten die Gröfse einer Wallnufs annahm und exstirpiert werden mufste. Beschreibung der gefundenen Larven, makro- und mikroskopischer Befund des exstirpierten Tumors sind nur vermittels der beigegebenen Zeichnungen verständlich. Die Dasselbeule — Myiasis oestrosa — kommt hauptsächlich in wärmeren Zonen, in Argentinien, Brasilien, Zentralamerika, Deutsch-Ostafrika, Natal, Transvaal usw. vor, wenn auch epidemisches Auftreten derselben in höheren Breitengraden, in Irland, den Shetland-Inseln, verschiedenen Gegenden von Norwegen schon beschrieben wurde. Im allgemeinen ist in Europa bei Menschen die Myiasis dermatosa oestrosa selten und befällt fast ausschliefslich Tiere (Rinder, Schafe, Hunde). Die durch Mundhaken in das subkutane Gewebe eingedrungene Larve wandert den Haarschaft entlang in den Haarfollikel, bewirkt eine chronische Entzündung und Neubildung von Bindegewebe, welches die Larve wie in einen engen Sack einschliefst. Wird die Larve zur rechten Zeit entfernt, so verschwindet der Tumor vollständig. In Brasilien wird Tabaksaft in den Hohlraum der Geschwulst getropft oder mit Tabakblättern deren

Öffnung verstopft und dann die betäubte Larve extrahiert; in anderen Ländern die Öffnung durch Klebepflaster hermetisch verschlossen, um die Larve asphyktisch zu machen. Verfasser fand keine Erklärung, auf welche Weise er sich diese Myiasis zugezogen hat.

Dezember 1906.

Dermatitis vegetans in ihrer Beziehung zu Dermatitis herpetiformis, von JOHN A. FORDYCE und WILLIAM S. GOTTHEIL. Der von den Verfassern vier Jahre hindurch beobachtete Fall betraf einen 42jährigen Geistlichen, bei dem das Leiden zuerst auf der Stirn auftrat, dann das ganze Gesicht, die Genitalien und deren Umgebung und die Unterextremitäten, in leichterer Weise (kleinere Gruppen von Bläschen) auch den ganzen übrigen Körper befiel. Der Fall bietet in seiner Histologie und Blutbeschaffenheit (Eosinophilie) Analogien mit Dermatitis herpetiformis, seine Prädilektionsstellen (Mund, Genitalien, Unterextremitäten) haben Ähnlichkeit mit jenen von Pemphigus vegetans, gegen letztere spricht aber der ausgesprochen gutartige Charakter. In all seinen histologischen und klinischen Erscheinungen ist der Fall identisch mit den von HALLOPEAU, JAMIESON, HARTZELL und anderen früher publizierten. Die Neigung zu Vegetationen besteht bei sehr vielen Hautaffektionen, bei welchen pyogene Mikroorganismen eine ätiologische Rolle spielen, und wäre die Annahme nicht von der Hand zu weisen, daſs sekundäre Infektion oder toxische Produkte der pyogenen Bakterien die Ursache der Vegetationsbildung ist. Die Behandlung, welche F. und G. bei ihrem Fall sechs Monate hindurch einschlugen, bestand in Arsenik (innerlich), tonischen und stimulierenden Mitteln und lokaler Applikation von Borsäure- oder leichter Sublimatlösung, ähnlich wie bei Brandwunden. Besserung wurde zwar erzielt, aber es stellten sich neue Anfälle ein, so daſs von einer Dauerheilung noch nicht die Rede sein kann. Art und Verlauf des Falles sind nur mittels der vortrefflichen Abbildungen gut verständlich.

Über Dermatosen mit Vegetationen; mit Bericht von zwei Fällen, von WM. ALLEN PUSEY-Chicago. In dem einen der beiden Fälle, einen 42jährigen Kutscher betreffend, entwickelten sich im Anschluſs an ein akutes nässendes Ekzema hell- bis dunkelrote Vegetationen, welche eiteriges Exsudat in groſser Menge aufwiesen, mehr oder weniger mit Eiterkrusten bedeckt waren und groſse Ähnlichkeit mit groſsen Massen von Granulationen zeigten; sie saſsen besonders im Gesicht und um die Genitalien herum, während das Exzema beinahe über den ganzen Körper verbreitet war. Es bestand nur mäſsiges Jucken, das übrige Befinden war ein sehr gutes. Die Behandlung mit Röntgenstrahlen (12 Sitzungen) war ohne Einfluſs, während einfache Verbände mit Borvaselin und dann Borlösung allmählich alle Vegetationen zum Verschwinden brachte. In dem zweiten Falle, ein 15jähriges Mädchen betreffend, war die Grundlage der Vegetationen, die in groſser Masse um die Vulva, Oberschenkel und die Leistengegend saſsen, ebenfalls ein Ekzema und zwar mehr chronischer, seborrhoischer Art; es bestand heftiges Jucken im Gesicht, aber nicht an den mit den Vegetationen besetzten Stellen; das Allgemeinbefinden war auch in diesem Falle ein gutes und keinerlei Erscheinung einer Konstitutionsanomalie vorhanden. Differentialdiagnostisch kämen bei dieser Form vegetierender Dermatitis in Betracht Pemphigus vegetans, fungoider Ringwurm, Blastomykosis, syphilitische Vegetationen, Mykosis fungoides und Jod und Bromeruptionen; deren Unterscheidungsmerkmale werden kurz der Reihe nach vom Verfasser hervorgehoben. Auch P. glaubt, ebenso wie die Autoren der vorbesprochenen Arbeit, daſs es sich bei diesen Vegetationen um die Folge einer Sekundärinfektion, die bei allen möglichen Dermatosen eintreten könne, handle und diese Infektion ein übermäſsiges Wachstum sowohl des Bindegewebes wie des darüberliegenden Epithelioms bewirke. In diese spezielle Gruppe

der „Vegetations-Dermatosen“ sind das Granuloma pyogenicum, Fälle von Dermatitis von WENDES und HARTZELLS Typus einzuschliefsen, während die anderen Formen von Vegetations-Dermatitis zwar denselben Entstehungsmechanismus haben, aber so innig mit anderen, wohl umschriebenen Krankheiten verbunden sind, dafs es nicht angezeigt wäre, sie auch dieser neuen Gruppe einzureihen.

In der Diskussion, die sich an diese Vorträge (auf der 30. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologenvereinigung, Cleveland, 31. Mai bis 2. Juni 1906) anschlofs, erwähnte WENDE, dafs er bis jetzt derartige Fälle nur bei Kindern gesehen habe, und fügt den zwei früher beobachteten und beschriebenen einen weiteren hinzu, bei welchem aber kein Ekzem, sondern ein vesiculös-pustulöser Ausschlag von kurzer Dauer vorhergegangen war.

Eine Kombination von Syphilis und Epitheliom der Zunge, von DOUGLAS W. MONTGOMERY und H. M. SHERMAN. Der Fall betraf eine 37jährige Frau, bei welcher an der Zunge, etwa in der Mitte zwischen Basis und Spitze, rechts von der Mittellinie ein längliches Geschwür von 2½ cm Länge, 1½ cm Breite, schmutzig-weifsem, nässendem Grund und rotem, hartem Rand vorhanden war. Es waren zeitenweise Schmerzen, die bis in die Ohrgegend ausstrahlten, vorhanden, die Submaxillardrüsen rechterseits mäfsig vergröfsert, eine Verdickung, wie von gummatösen Massen weder am Grunde des Geschwürs, noch an anderen Stellen der Zunge nachweisbar. Das Geschwür war vor etwa fünf Monaten aufgetreten und trotz aller möglichen Behandlungsarten, wie Ätzungen, X-Strahlen immer gröfser geworden. Die Anamnese — einige Fehlgeburten usw. — ergab bei der Patientin zweifellos Syphilis und es trat auch auf spezifische Kur mäfsige Besserung ein. Verfasser entschlossen sich trotzdem, die ganze krankhafte Stelle zu exzidieren und fanden bei der mikroskopischen Untersuchung, dafs der vordere Teil und die ganze Basis der exzidierten Masse dicht besetzt mit miliarem Gummata war und hyaline Degeneration und Riesenzellen aufwies, während der hintere Teil des Geschwürs, der schon klinisch auf Epitheliom verdächtig war, die positiven Zeichen epitheliomatiöser Infiltration in ihrem Frühstadium trug. Der Erfolg der Operation war ein guter, bereits über drei Jahre ohne Rezidive anhaltend. Aufser Syphilis und Epithelioma, deren Koinzidenz an der gleichen Stelle Verfasser als sehr selten hervorheben, konnte nach dem klinischen Bilde nur noch Tuberkulose in Betracht kommen. *Stern-München.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1906. Heft 11.

Beitrag zum Studium des Lichen scrofulosorum, von LESSELIERS. An 17 Fällen der Berner Klinik sucht L. die Frage zu entscheiden, ob der Lichen scrofulosorum histologisch den Bau des Tuberkels hat oder nicht. JACOBI hatte bekanntlich im Jahre 1891 zuerst diese Behauptung aufgestellt und eine gröfsere Reihe von Dermatologen hatte sich ihm angeschlossen. Dann hatte aber KLINGMÜLLER auf Grund seiner Beobachtungen diese Ansicht als irrig bezeichnet, denn bei elf von 16 Fällen von Lichen scrofulosorum hatte er nur eine gleichgiltige perivasculäre Entzündung gefunden.

Die L.schen Untersuchungen führten nun wieder zu einem andern Ergebnis, denn in fast allen seinen Fällen war der tuberkulöse Bau der Elemente — runde epithelioide und Riesenzellen in Haufen — vorhanden. L. hält darnach die Frage für entgiltig entschieden und sucht nach Erklärungen dafür, dafs KLINGMÜLLER zu so ganz andern Befunden gelangen konnte. Andererseits stimmt er mit KLINGMÜLLER gegen PORGES darin überein, dafs zwischen dem eigentlichen Lichen scrofulosorum

und dem künstlichen, wie er nach Tuberkulineinspritzungen zustande kommt, kein Unterschied vorhanden ist.

Beitrag zum Studium der Trichorrhexis nodosa, von Lassneur. Ist die Trichorrhexis nodosa eine parasitäre Krankheit, wie de Keyser es behauptet hat? L. läfst diese Frage offen, aber keine seiner Untersuchungen und Versuche liefsen sich zu ihrer Bejahung verwerten; alle stützten lediglich die Ansicht Sabourauds, dafs die Trichorrhexis eine Folge mechanischer Einwirkungen sei.

L. besafs einen Bartpinsel, dessen Haare alle Symptome der Trichorrhexis nodosa aufwiesen; obschon er nun seinen Schnurrbart monatelang damit pinselte, so blieben dessen Haare doch vollständig gesund.

L. hat dann die Bartpinsel von zwei Friseuren der Stadt (Lausanne) untersucht; an allen Pinseln fanden sich Haare mit Trichorrhexis nodosa, desgleichen an den Pinseln von 70 Patienten, während nur einer von diesen Patienten selber mit der Krankheit behaftet war. — Zahlreiche mikroskopische Untersuchungen von Haaren aus diesen Pinseln förderten keinen Parasiten zutage; Kulturen wurden nicht angelegt; über den Grund dieser Unterlassung findet sich keine Aussage. Aber zwei weitere Versuche, die gegen die parasitäre und für die mechanische Theorie sprechen, werden noch erwähnt. Gesunde und kranke Haare wurden in Schachteln gemischt und monatelang tüchtig geschüttelt, ohne dafs es gelang, eine Übertragung der Krankheit zu erzielen. Dagegen stellte sich bei vier Patienten, die mehrere Wochen lang dreimal täglich ihren Schnurrbart mit Seife tüchtig einrieben, die Trichorrhexis nodosa ein. Immerhin mag neben dieser traumatischen Form noch eine solche mikroparasitären Ursprungs bestehen, der Beweis dafür ist aber noch erst zu erbringen.

Türkheim-Hamburg.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1906. Heft 4.

Balanitis und Balanoposthitis nach Einwirkung von Euphorbiaceen, von Duca. Der Verfasser hatte Gelegenheit, eine wahre Epidemie dieser Störungen zu beobachten. Dieselben kamen bei Knaben von 8 bis 16 Jahren vor und bestanden in hochgradiger Anschwellung der Glans des Penis; oder aber die Glans war nur wenig befallen, während das Präputium hauptsächlich am Prozesse beteiligt war; ferner bestand bei einigen ein mehr oder weniger starker eitriger Ausflufs aus der Urethra. Mit Hilfe des Mikroskops liefsen sich keine spezifischen Mikroorganismen nachweisen (Blennorrhoe, an welche der Verfasser bei einigen der Knaben zuerst gedacht hatte, konnte somit ausgeschlossen werden). Er kam endlich darauf, dafs die Jungens diese Veränderungen dadurch hervorgerufen hatten, dafs sie den Saft einer Euphorbiaceenart auf ihren Penis eingerieben und zum Teil auch in die Urethra hinein getropft hatten. Der Verfasser konnte die nämlichen Erscheinungen bei Hunden künstlich hervorrufen.

Harnröhrenpapillome auf syphilitischer, tuberkulöser und neurotrophischer Basis, von Galimberti. Der Verfasser bezweckt mit seiner Arbeit zu demonstrieren, dafs Urethralpapillome beim Weibe aus den verschiedensten Ursachen entstehen können. Obwohl nun das Endresultat im ganzen dasselbe ist, bestehen doch gewisse Unterschiede je nach der Ursache, die ihnen zu Grunde liegt. So erscheint das Papillom bei syphilitischen Spätformen als ein wohlumschriebenes Gewächs von fester Konsistenz, bei dem Blutungen selten sind. Schmerzen, Jucken fehlen, dagegen bestehen leichte katarrhalische Erscheinungen in der Nachbarschaft. Der Behandlung gegenüber zeigt sich diese Form widerstandsfähiger als die anderen.

Das tuberkulöse Papillom zeigt eine äufserst variable Gestalt; bald zeigt es sich als eine mehr oder weniger gut umschriebene einfache Verdickung mit etwas körniger Oberfläche, bald erscheint es als eine meist multiple Vegetation von weicherer Konsistenz und gröfserer Brüchigkeit, als das luetische Papillom, weshalb Blutungen auch häufiger sind als bei letzterem. Septische und katarrhalische Erscheinungen der Nachbarschaft sind ebenfalls häufiger, heilen unter der chirurgischen Behandlung leicht (Zerstörung durch das Messer usw.) Rezidive weniger frequent als bei der syphilitischen Form. Das syphilitische Papillom bei neuropathischen Individuen (Spätform der Syphilis) zeichnet sich durch seine mangelhafte Umgrenzung, seine eher feste Konsistenz, die Häufigkeit katarrhalischer, aber nicht septischer Komplikationen in der Nachbarschaft, die häufigen, wenn auch meist nicht ernsten Sensibilitätsstörungen, die häufig auf die Blase Bezug haben, Ernährungsstörungen der benachbarten Haut in Gestalt von Hyperkeratose, Deformationen usw. Gleichzeitig besteht eine besondere Reizbarkeit des Bindegewebes mit Erscheinungen von lymphatischem Ödem, Stase, Hyperämie und andere Störungen der Innervation der Zirkulationsorgane.

Beitrag zum Studium des endourethralen Syphiloms, von P. Sensini. Der Verfasser hatte Gelegenheit, innerhalb zwei Monaten fünf Individuen mit Syphilom der Urethra zu beobachten. Bei näherer Nachforschung ergab sich, dafs sich alle fünf bei derselben Prostituierten infiziert hatten. Die Untersuchung der letzteren ergab das Bestehen einer sekundären Lues mit teils im Erlöschen begriffenen, teils aber noch floriden sekundären Erscheinungen, unter anderen eines Ulcus des Uterushalses. Der Verfasser glaubt denn auch, die spezielle und ziemlich seltene Lokalisation des Schankers bei den fünf Patienten auf den direkten Kontakt mit diesem Geschwüre zurückführen zu können.

Autolysin, Isolysin und spezifische Ambozeptoren bei der Syphilis, von A. Fontana und G. Pollio. Von der ganzen Reihe von Syphilitikern, deren Blut in dieser Richtung untersucht wurde, zeigte nur eine einzige Probe das Vorhandensein von Auto- und Isolysinen, so dafs der Befund bei weitem kein konstanter ist und keinen praktischen Wert hat. Was die Ambozeptoren anbelangt, so fiel die Reaktion stets positiv aus, jedoch nicht nur für das Blut von Syphilitikern, sondern auch bei Nichtyphilitikern, weshalb die Reaktion nichts Spezifisches an sich hat.

Bemerkungen über den Stoffwechsel bei einigen Fällen von Psoriasis, nach Behandlung mit physiologischer Kochsalzlösung, von Jader Cappelli. Nach den Erfahrungen des Verfassers bilden die Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung bei dieser Dermatose ein sehr wertvolles therapeutisches Hilfsmittel. Es wird damit zuweilen eine vollständige Resorption der eruptiven Elemente erzielt, fast immer eine deutliche Besserung bestehend in der Abnahme resp. in dem Verschwinden der subjektiven Beschwerden, im Abfall der Schuppen, in der Abflachung und Abnahme der Rötung der Papeln. Die Elimination des Stickstoffs nimmt zu, und zwar ist die Menge des ausgeschiedenen Gesamtstickstoffs stets vermehrt, zuweilen aber auch der im Harnstoff enthaltene Stickstoff im Verhältnis zum Gesamtstickstoffe. Da, wo der Stoffwechsel unverändert bleibt, zeigt sich auch keine Änderung in den eruptiven Elementen. Die injizierte Einzeldose des Serums beträgt gewöhnlich 250 g, welche Dosis aber erst nach einiger Zeit erreicht wird (Initialdosis 30—50 g). Es werden bis 50 Injektionen und mehr bei demselben Individuum gemacht. Temperaturerhöhungen nach den Injektionen sind kein seltenes Ereignis, haben aber nichts zu bedeuten und verschwinden rasch.

Die Prurigo Hebra, von Dacco. Der Verfasser beschreibt eine ganze Reihe von Fällen dieser Affektion, verbreitet sich dann weitläufig über Symptomatologie,

pathologische Anatomie und Pathogenese und kommt zum Schlusse, daſs es sich bei der Prurigo HEBRA um eine Intoxikation des Blutes, d. h. eine allgemeine Intoxikation handelt. Eines der fundamentalen Merkmale der Prurigo ist das Ödem, also ein vasomotorisches Phänomen, das in der Papel ihren Ausdruck findet; obwohl nun aber diese Papel immer besteht, ist sie öfters nur mit Mühe nachweisbar, weil sie weder durch eine bedeutende Erhabenheit, noch durch ihre Farbe hervortritt. Auſser dem Ödem besteht aber noch ein intensives Jucken, das mit den ödematösen Erscheinungen in keinem Verhältnisse steht (im Gegensatze zur Urticaria). Es hat dies seinen Grund im Bestehen einer primären Sensibilitätsneurose. Zum Entstehen einer Prurigo braucht es somit folgende Momente: Eine hereditäre oder kongenitale Prädisposition; ein permanenter Zustand von Toxämie; das gleichzeitige Auftreten einer vasomotorischen Neurose und einer Empfindlichkeit, welche mit einander das Jucken und die elementare anatomische Veränderung verursachen.

Heft 5.

Über die Pseudo-Alopecia areata (pseudo-pelade) von BROCQ, von SOZZENTINO. Die bisher bekannten Fälle dieser Affektion betragen 54. Hierzu gehören zwei vom Verfasser und zwei von BROCQ beobachtete. Die 24 letzteren sind bis jetzt noch nicht veröffentlicht worden, weshalb der Verfasser eine kurze Übersicht derselben in der vorliegenden Arbeit gibt. Die Affektion kennzeichnet sich, nach der Beschreibung BROCQS, durch das torpide, schleichende Einsetzen, das vollständige Fehlen vorausgehender oder begleitender subjektiver Beschwerden irgendwelcher Art; meist entdecken die Patienten ihre Krankheit erst, wenn sie bereits in voller Blüte ist. Rötung oder andere entzündliche Erscheinungen in der Umgebung der Haare fehlen meist gänzlich. Der häufigste Ausgangspunkt der Dermatose ist der Scheitel. Der Verlauf ist ein äuſserst chronischer, mit Exacerbationen und Stillständen. Entgegen der Ansicht von SABOURAUD und BESNIER glaubt BROCQ nicht, daſs die Affektion immer schlieſslich mit „restitutio ad integrum" endet; dies ist nach ihm ein seltenes Vorkommnis. In pathologisch-anatomischer Hinsicht ist die Pseudo-Alopecia areata eine progressive und vollständige follikuläre Atrophie infolge von Sklerose; die Talgdrüsen teilen das Schicksal der Haarfollikel; die Knäueldrüsen widerstehen dem Prozeſs am längsten. Die Epidermis ist atrophisch, auf zwei bis drei Zellenschichten reduziert; die Körnerschicht ist verschwunden. Über die Ätiologie ist nichts Sicheres bekannt. Spezifische Mikroorganismen hat man bisher keine gefunden. Die Therapie steht der Affektion ziemlich machtlos gegenüber. *C. Müller-Genf.*

Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venereologie.

(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.)

1906. Nr. 10.

I. **Die pathologischen Veränderungen beim chronischen Harnröhrentripper**, von J. BUKOWSKY-Prag. (Schluſs.) Im Schluſskapitel seiner Arbeit faſst Verfasser die beschriebenen pathologischen Veränderungen folgendermaſsen zusammen. Die pathologischen Veränderungen in der Harnröhre beim chronischen Tripper betreffen: 1. das Bindegewebe, 2. das Epithel, 3) das Drüsengewebe und 4. die Blutgefäſse. Die Untersuchung dieser Veränderungen führt zu folgenden Schluſssätzen:

1. Der chronische Tripper stellt einen Entzündungsprozeſs im submukösen Gewebe dar, der diffus oder follikulär auftritt und sich durch die Tendenz zur Bindegewebs- und zur Narbenbildung auszeichnet.

2. Der Entzündungsprozeſs breitet sich entlang den Lymph- und Blutgefäſsen in die Tiefe aus. So kann er bis zu den Corpora cavernosa und zu den Muskeln

der pars membranacea und prostatica fortschreiten. Manchmal lokalisiert sich die Entzündung im Bindegewebe ringsum die Drüsen allein.

3. Der Drüsenapparat wird nur sekundär angegriffen und zwar durch Druck, Erweiterung desselben und Bildung von Retentionscysten. Im Epithel kommt es höchstens zur Desquamation; die Desquamation in der Prostata kann auch ohne gröfsere Entzündung zustande kommen.

4. Die Prostata kann sich an dem Entzündungsprozefs mitbeteiligen, wenn auch der Drüsenapparat keine Veränderungen aufweist.

5. Die Epitheldesquamation in der Harnröhre kann zu einem Gewebsverlust führen. Nach Heilung scheint das neugebildete Epithel mit dem ursprünglichen gesunden identisch zu sein.

6. Als Folgen der Entzündung erscheinen Neubildungen, deren Ursachen in vier Momenten liegen: a) in der Epitheldesquamation, b) in den Follikeln, c) in den Retentionscysten, die aus Drüsen und Lakunen entstehen und d) in den cavernös erweiterten Gefäfsen.

II. **Die Flora der Geschlechtsorgane im gesunden und kranken Zustande,** von Leon Karwacki. (Schlufs.) In bezug auf die Versuche der Überimpfung der Syphilis auf niedere Tiere betont Verfasser, dafs diese Versuche vorwiegend von den Anhängern der Cytorrhyctestheorie vorgenommen werden, die konstant über die positiven Blutbefunde berichten und die durch die Impfung hervorgerufenen Veränderungen im tierischen Organismus für luetische erklären. Zum Beweise der Spezifizität dieser Veränderungen dienen die angeblich gelungenen Überimpfungen auf Affen, die aber andererseits den Anhängern der Spirochätentheorie nie gelingen wollen. Den krassen Widerspruch in den Ergebnissen der Versuche erklärt Verfasser durch die durchaus verschiedene Symptomatologie der Tierlues, die einerseits von Metschnikoff und Roux, von Neisser und von der Wiener Schule, andererseits von Siegel und seinen Anhängern festgestellt wurde. —

Die Frage der Periodizität der luetischen Symptome kann nach Verfasser auf Grund der neuen bakteriologischen Befunde in zweierlei Weise erklärt werden: entweder entsprechen die Perioden der Latenz dem Vermehrungsprozesse der Spirochäten im Inneren der Gewebe, bis eine für die Entstehung der syphilitischen Symptome genügende Anzahl derselben gebildet wird, oder unterliegen die Spirochäten einer Reihe von Evolutionsphasen von verschiedener Pathogenität (Krzysztalowicz und Siedlecki). Verfasser ist geneigt, auf Grund der Beziehungen zwischen der Quantität der Spirochäten und den klinischen Symptomen bei der primären Induration beim Affen und der Spirochätenbefunde in den Organen hereditär-syphilitischer Kinder, die erstere Annahme als naheliegend zu vertreten. —

Nach eingehender Besprechung der Frage der Immunität der Syphilitiker gegen eine neue Infektion (auf Grund der Arbeiten über Superinfektion) schliefst Verfasser seine Arbeit mit folgender Formulierung der Pathogenese der Syphilis.

Die Spirochaeta pallida entwickelt sich im infizierten Organismus sehr langsam; die histologische Reaktion des Gewebes, die klinischen Erscheinungen entstehen aber erst nach Ansammlung einer gröfseren Spirochätenzahl im Gewebe, — demnach treten die ersten syphilitischen Erscheinungen erst eine gewisse Zeit nach der Infektion auf. Die Generalisation der Spirochäten kommt hauptsächlich durch die Blutbahn zustande. Sowohl in der Periode der Bildung des primären Schankers, wie auch in der Sekundärperiode entstehen Immunitätserscheinungen, die ein Stigma dem weiteren Krankheitsverlauf einprägen. Wenn auch diese Immunität in allen Stadien den Charakter der Unvollkommenheit trägt, ist die Heilung der Syphilis möglich. Dank den Immunitätsresten kann eine neuerliche Infektion einen abortiven Charakter haben. —

Der Charakter der Gewebsveränderungen wird durch drei Momente beeinflußt: durch die Veränderungen in den Gefäßen (Endo- und Periarteriitis), durch die Wucherungsreaktion des Bindegewebes und durch die Veränderungen in den funktionellen Zellen selbst, die unter der Einwirkung der Spirochäten zustande kommen. — Die Zahl der Spirochäten ist am größten im Anfange des Prozesses. Mit der bindegewebigen Wucherung geht ein großer Teil derselben durch mangelhafte Ernährung zugrunde. Ein Teil aber kann jahrelang fortleben, ohne irgendwelche Erscheinungen hervorzurufen, um im geeigneten Momente wieder wach zu werden. — Die Morphologie der Parasiten spricht für deren cyklische Entwicklung, die entweder nur zur Erhaltung der Spezies dient, oder auch eine gewisse pathogenetische Bedeutung besitzt.

Die Serotherapie der Syphilis bezeichnet Verfasser vom theoretischen Standpunkte aus als eine Utopie. Hoffnungsvoll erscheint ihm dafür die Idee der aktiven Immunisation mit Injektion lebendiger abgeschwächter oder abgetöteter Infektionskeime, und zwar nicht nur zu therapeutischen, sondern auch zu prophylaktischen Zwecken.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Bücherbesprechungen.

Der akute und chronische Tripper bei Männern und Frauen, von Felix Malinowski. (E. Wende & Cie., Warschau 1906.) Ein elegant ausgestattetes, mit 46 Abbildungen illustriertes erstes modernes polnisches Handbuch über Blennorrhoe.

Verfasser, der bereits durch mehrere Publikationen in den polnischen und ausländischen Fachzeitschriften und besonders als viel verdienter Redakteur und Herausgeber der seit einem Jahre erscheinenden polnischen Zeitschrift für Dermatologie und Venerologie bekannt ist, hat sich bemüht, ein dem heutigen Stande der Wissenschaft vollauf Rechnung tragendes Handbuch zu verfassen. Die Ausführung des Programms läßt wenig zu wünschen übrig.

Nach einer Einleitung über die soziale Bedeutung des Trippers folgt ein kurzer historischer Überblick der Entwicklung der Tripperlehre mit teilweiser Berücksichtigung der im alten Polenreiche darüber herrschenden Anschauungen (Zitat aus dem Werke des berühmten polnischen Syphilidologen Wojciech Oczko aus dem XVI. Jahrhundert). Im folgenden ausführlichen Kapitel wird die Morphologie und Biologie der Gonokokken besprochen; deren verschiedene Färbungsmethoden, Kulturen, die Gonotoxine, die differentielle Diagnose der Gonokokken, die Empfindlichkeit der Schleimhaut für dieselben und die Verbreiterung der Gonokokken werden eingehend erörtert. Die Kapitel über Symptomatologie, Verlauf, Diagnose, Prognose und pathologische Anatomie des akuten und chronischen Trippers sowohl bei Männern, wie bei Frauen, tragen, wie auch die übrigen, den Stempel moderner wissenschaftlicher Auffassung, wenn sie auch keineswegs durch Literaturangaben belastet sind; sie zeichnen sich ferner durch Klarheit der Beschreibung und Objektivität des Verfassers aus. Dieselbe — vielleicht zu weitgehende — Objektivität spricht aus den Kapiteln über die Therapie des Trippers, in denen die verschiedenen bekannten Behandlungsmethoden und die meisten Trippermittel eingehende Besprechung finden.

Sämtliche Komplikationen der Blennorrhoe beim Manne wie bei Weibe werden in kurzer und klarer Weise besprochen.

Das Handbuch schließt mit einem kurzen Kapitel über die Beziehungen des Trippers zur Ehe.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Die Ätiologie der Syphilis, von Prof. Erich Hoffmann-Berlin. Mit zwei Tafeln. (Julius Springer, Berlin 1906.) Die Arbeit bildet im wesentlichen den Inhalt des umfangreichen Berichtes, welchen H. auf dem IX. Kongreſs der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft zu Bern abgegeben, und der Demonstrationen, welche er ebenda über seine Spirochätenbefunde bei Syphilis geliefert hat. Hierüber findet sich bereits ein eingehendes Referat in Bd. 43 (1906) S. 478 der Monatshefte.

Stern-München.

Kompendium der speziellen Histopathologie der Haut. Ein Leitfaden für Ärzte und Studierende. Von Prof. S. Ehrmann-Wien und Dr. J. Fick-Wien. Mit 55 Abbildungen im Texte. (Alfred Hölder. Wien 1906.) Sämtliche Erkrankungen der Haut sind hier in ihrer histologischen Veränderung beschrieben und zwar einschlieſslich der syphilitischen, des Ulcus molle und der gut- sowie bösartigen Tumoren. Irgendeine Klassifikation der Dermatosen nach diesem histologischen Befunde haben Verfasser nicht vorgenommen und ist auch nicht ersichtlich, nach welchen Gesichtspunkten sie die einzelnen Erkrankungen einander folgen lieſsen. Bei der Art der Materie ist ein kurzes Referat über das Buch, welches wohl jedem wissenschaftlich arbeitenden Dermatologen ein guter Ratgeber sein dürfte, nicht möglich.

Stern-München.

Genuſsmittel — Genuſsgifte? Betrachtungen über Kaffee und Tee auf Grund einer Umfrage bei den Ärzten, von W. Röttger-Berlin. Mit einem Vorwort von Albert Eulenburg-Berlin. (Elwin Staude, Berlin 1906.) Mit der überwiegenden Zahl der von ihm befragten Ärzte sieht der Verfasser in dem Überhandnehmen des Verbrauches von Kaffee und Tee eine Gefahr für den einzelnen Menschen, die um so gröſser ist, je weniger widerstandsfähig sein Organismus sonst veranlagt ist. In stärkeren Aufgüssen sind Tee und Kaffee auch dem gesunden Organismus schädlich; in schwächeren Aufgüssen schaden sie Kindern, Blutarmen, Nervösen und Herzkranken und begünstigen bei der ärmeren Bevölkerung eine Unterernährung.

Schourp-Danzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Konjugale Tabes und Paralyse, von Babinski. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 36.) B. berichtet kurz über eine Frau mit progressiver Paralyse, bei der die Syphilis unbeobachtet geblieben war; beim Manne, der sich zwei Jahre vor der Verheiratung luetisch infiziert hatte, fand sich eine latente Tabes.

Im Anschluſs daran teilt B. einen Fall von hereditär-syphilitischer Tabes mit. Ein Mann hatte während der Schwangerschaft seiner Frau auſserhalb der Ehe Syphilis akquiriert, die Frau war anscheinend gesund geblieben, hatte aber vor der Zeit entbunden. Das Kind, ein Mädchen, machte im Alter von sieben Jahren eine nervöse Erkrankung, auſserdem aber eine interstitielle Keratitis durch und wies, 18 Jahre alt, die charakteristischen Zeichen von Tabes auf. Unterdessen war auch der Vater an Tabes erkrankt; bei ihm wie bei seiner Tochter wurde durch Quecksilberbehandlung eine wesentliche Besserung bewirkt.

Im Gegensatz zur Tabes wird die progressive Paralyse nach den Erfahrungen B.s durch Quecksilbertherapie nicht oder wahrscheinlich nicht beeinflufst.

Götz-München.

Ein Fall von Tabes dorsalis, bei welchem ausgedehnte sensible Störungen in der Haut sich vollständig wieder verloren, von F. W. Price-London. (*Lancet.* 28. Juli 1906.) Bei dem 34jährigen Patienten waren Sehstörungen, Rombergsches Phänomen, ataktischer Gang, Blasenschwäche und ausgesprochene Anästhesie der Unterschenkel und Parästhesien in ausgedehntem Maſse am Oberkörper konstatiert. Nach Behandlung mit JK und Ungt. ciner. trat Besserung der sensiblen Störungen ein und später ein ganz normales Verhalten in dieser Beziehung trotz Weiterentwickelung der sonstigen tabischen Erscheinungen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Einige Einzelheiten über die Tabes und ihre Behandlung mit Quecksilber, von Babinski. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 26.) B. bespricht kurz einige Symptome der Tabes und tritt mit Nachdruck für die Behandlung aller Tabiker mit Quecksilber ein; es unterliegt nämlich nach B. keinem Zweifel, dafs die Krankheit stets syphilitischen Ursprungs ist. Von der Quecksilberbehandlung hat B. ausgezeichnete Resultate gesehen; unter ihrem Einflufs verschwinden die Schmerzen, die Ataxie bessert sich wesentlich, eine beginnende Optikusatrophie wird in ihrer Entwicklung aufgehalten. Um solche Erfolge zu erzielen, bedarf es allerdings sehr energischer und langdauernder Quecksilberkuren; so mufste beispielsweise B. in einem Falle 180 (!), in einem andern 100 Kalomelinjektionen machen. Er spritzt gewöhnlich alle acht Tage je 0,05 Kalomel ein, vermindert aber von Zeit zu Zeit die Dosen und schiebt ab und zu auch gröfsere Pausen ein. Freilich tritt im Verlaufe der Tabes zuweilen auch spontan Stillstand oder Besserung ein; aber die Besserungen sind bei Tabikern, die kein Quecksilber erhalten, nicht so konstant wie bei denen, die mit Quecksilber behandelt werden. B. sieht im Jahre etwa 300 Tabesfälle; durch seine reiche Erfahrung ist er zu der Überzeugung gelangt, dafs infolge der Quecksilberbehandlung „die Tabes von heute viel gutartiger ist als die Tabes in früheren Zeiten".

Götz-München.

Über die apoplektiformen Anfälle bei Tabes dorsalis, von Artur Gross. (Inaug.-Dissert. Erlangen. 1906.) Aufser rein accidentellen können im Verlaufe der Tabes dorsalis syphilogene Anfälle auftreten, bedingt durch spezifisch-syphilitische Hirnarterienerkrankung, deren Vorboten in Kopfschmerzen bestehen, deren Ausfallssymptome auf den Lieblingssitz der Arteriensyphilis hinweisen, von thrombotischer Gefäfsverstopfung herrühren, oft von kürzerer Dauer und mit anderweitigen Symptomen von Gehirnsyphilis vergesellschaftet sind. Endlich kommen auch tabo-essentielle Anfälle vor, durch die gleiche (metasyphilitische) Toxinwirkung wie die Tabes selbst bedingt, Anfälle, welche zu den Eigensymptomen der Tabes gehören, charakterisiert sind durch ihr oft wiederkehrendes flüchtiges Auftreten und flüchtiges Schwinden und durch das Fehlen jeder anatomisch nachweisbaren Läsion.

Fritz Loeb-München.

Über die Indikationen der antiluetischen Behandlung bei Tabes dorsalis und Paralysis progressiva, von K. Hudovernig-Budapest. (*Orvosok Lapja.* 1906. Nr. 22.) Wenn seit der syphilitischen Infektion eine relativ kurze Zeit (drei bis fünf bis sechs Jahre) verstrichen ist, wenn die Syphilis nicht oder nur mangelhaft behandelt wurde und die Erkrankung des Nervensystems noch nicht weit vorgeschritten, der Kräftezustand des Patienten gut ist und eventuell gleichzeitig syphilitische Läsionen vorhanden sind, ist die antiluetische Behandlung einzuleiten.

B. Kollarits-Budapest.

Die syphilitische Facialislähmung, von Thibierge. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 18.) Ausgehend von einem Falle von syphilitischer Facialislähmung, die sich trotz energischer Behandlung mit Injektionen von Oleum cinereum im Verlaufe von acht Monaten nur ganz unwesentlich besserte, betont Th. die Schwere und die ernste Prognose dieser Art von Lähmungen.

Götz-München.

Beitrag zur Rekurrenslähmung mit 50 neuen Fällen, von Emil Schickendantz. (Inaug.-Dissert. Leipzig. 1906.) Centrale Gummata kommen sehr oft (am meisten Tabes) als Ursache der Kehlkopflähmung in Betracht.

Fritz Loeb-München.

Zur Frage der merkuriellen Injektionen bei Nervensyphilis (kritische Studie), von Antonin Porot. (*Thèse de Lyon.* 1904. Nr. 30.)

Fritz Loeb-München.

Einige Bemerkungen über die hereditäre Immunität gegen Syphilis und über das sog. Profetasche Gesetz, von Heinrich Rosmarin. (*Tygodnik lekarski.* 1906. Nr. 27.) Verfasser ist seit vier Jahren mit der Bekämpfung der Syphilis im Kossower Bezirke (Ost-Galizien) beschäftigt, wo diese Krankheit endemisch herrscht. Er hat dort oft Gelegenheit, entweder gar nicht oder sehr mangelhaft behandelte Syphilisfälle zu beobachten, wobei lästige tertiäre Erscheinungen (insbesondere des Muskel- und Knochensystems) sehr oft in den frühen Perioden der Krankheit vorkommen. Dank diesem Umstande wahrscheinlich war Verfasser imstande, in der verhältnismäfsig kurzen Zeit drei Fälle von krasser Abweichung vom Profetaschen Gesetz zu beobachten.

Im ersten Falle handelte es sich um zwei Kinder im Alter von acht und zwei Jahren, die beide mit frischen sekundären Erscheinungen (Schwellung der Lymphdrüsen, papulöses Exanthem und plaques muqueuses im Munde) affiziert waren. Die Pflegerin der beiden Kinder litt gleichzeitig an frischer Lues. Die Mutter der Kinder litt nun vor neun Jahren an Lues, die sie sich im Krankenhause behandeln liefs. Einige Zeit vor der Erkrankung der Kinder konstatierte Verfasser bei ihr exulcerierte Gummata an der Zunge, die nach einer spezifischen Kur zur Heilung gebracht wurden; gleichzeitig mit der Erkrankung der Kinder kam es bei der Mutter zu der abermaligen Bildung von gummösen Prozessen an der Zunge und am Sternum.

Der zweite Fall betrifft wiederum zwei Mädchen im Alter von 13 und neun Jahren mit frischen sekundären Erscheinungen. Als Infektionsquelle diente hier der Verkehr mit anderen an Syphilis leidenden Kindern. Bei der Mutter dieser Kinder konstatierte Verfasser einige Monate später ein exulceriertes Gumma des weichen Gaumens. Die Mutter gab zu, vor 20 Jahren an Lues gelitten zu haben, die von verschiedenen Quacksalbern behandelt wurde; der Geburt der gesunden Kinder sind mehrere Aborte vorausgegangen.

Im dritten Falle endlich handelte es sich um ein kleines Mädchen, bei dem Verfasser zuerst ein Ulcus durum an der linken Tonsille und dann sekundär luetische Erscheinungen feststellen konnte. Das Mädchen akquirierte seine Lues im Hause seines Onkels, dessen sämtliche Angehörige (fünf Personen) an frischer Lues litten. Die Mutter der Patientin stand in Behandlung seit drei Jahren, anfangs wegen luetischer Veränderungen im Larynx, dann — kurz vor der Erkrankung der Tochter — wegen eines Gumma musculi sternocleidomastoidei. Sie gab zu, vor sechs Jahren Lues von ihrem Manne akquiriert und bereits zweimal im Krankenhause Quecksilberkuren durchgemacht zu haben.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über extravaskuläre Blutbildung bei angeborener Lymphocystämie und kongenitaler Syphilis, von Herm. Schridde-Marburg. (*Verhandl. d. Dtsch. Pathol. Gesellsch.* Meran 1905.) Schr. konnte in Leber, Niere, Thymus und einem mesen-

terialen Lymphknoten eines bald nach der Geburt verstorbenen weiblichen Kindes, bei dessen Sektion sich in allgemeines Ödem, starker Ascites und ein hochgradiger Milztumor fand, und dessen Leber bei den gewöhnlichen Färbungen das Bild einer diffusen Cirrhose mit den bekannten zahlreichen Blutbildungsherden bot, bei der Färbung mit Azur II. Eosin folgende Befunde feststellen. An den Zellnestern, die als Bildungsstätten von roten Blutkörperchen anzusprechen sind, kann man alle Stadien von der hämoglobinfreien bis zur hämoglobinführenden, kernhaltigen und schliefslich kernlosen Blutzelle verfolgen. An diesen eigentlichen Mutterzellen der Erythrocyten, welche einen sehr zierlich strukturierten Kern besitzen, ist sehr bemerkenswert, dafs das Plasma dieser Mutterzellen der roten Blutkörperchen nicht ausgesprochen basophyl ist, sondern leicht acidophil oder amphophil. Diese Zellnester, welche scharf abgegrenzte Komplexe darstellen und immer extravaskulär liegen, finden sich durchweg innerhalb der Acini und nur äufserst selten in dem verbreiterten periportalen Gewebe. Aufser diesen Brutstätten von roten Blutkörperchen finden sich gröfsere und zahlreichere, bald innerhalb der Acini, hauptsächlich jedoch im periportalen Gewebe und zwar immer in der Umgebung der Gefäfse liegende Nester, bestehend aus grofsen Zellen mit basophilem Protoplasma. Sie stellen die Mutterzellen der granulierten Leukocyten dar. Es finden sich nämlich zwischen ihnen sowohl neutrophil gekörnte Myelocyten wie auch polymorph kernige Leukocyten, sowie alle Übergangsformen derselben. In der gleichen Weise verhalten sich Herde, welche Bildungsstätten von eosinophilen Zellen darstellen. Dieselben Befunde zeigen sich in Niere, Thymus und in dem nur mäfsig vergröfserten, mesenterialen Lymphknoten zeigen sich die Bildungsstätten von leukocytären Blutzellen überall, aber immer direkt um die Gefäfse herum. Hier sind die basophilen Mutterzellen der Leukocyten, die Myeloblasten scharf getrennt von den eigentlichen Lymphocyten, nirgends ist ein Übergang der einen Zellart in die andere festzustellen. Ferner konnte Schr. in dem Lymphknoten die einzelnen Stadien der Vorstufen der neutrophil wie auch der eosinophil gekörnten Leukocyten feststellen. Auch fand Verfasser in dem Knoten hin und wieder neutrophil gekörnte Zellen, welche die Gefäfswand durchwandern und zwar von aufsen nach innen, wie Verfasser nachweist. Diese Befunde von in die Gefäfse immigrierenden Leukocyten sind nach Schr. für den vorliegenden Fall von allergröfster Wichtigkeit, weil einmal keine besondere Hyperplasie des lymphatischen Gewebes vorliegt und auch sonst im Körper nirgends sogenannte Infiltrate von lymphocytären Zellen zu finden waren. Die das Blutbild beherrschenden Lymphocyten scheinen also ganz allein in den Lymphknoten produziert zu werden. Eine Hyperplasie des lymphatischen Gewebes ist aber deshalb nicht eingetreten, weil die neugebildeten Zellen scheinbar sofort in gleicher Menge, wie sie erzeugt werden, durch die Gefäfswand hindurch ins Blut wandern. Bei der Beobachtung von kongenitaler Syphilis, bei dem in Leber und Niere ebenfalls extravaskuläre Blutbildungsstätten sich fanden, zeigten sich in der bindegewebigen Wand der Scheide immer perivaskulär gelagerte Herde von neutrophilen Myelocyten und deren Mutterzellen; auch hier können alle Übergänge von dem basophilen Myeloblasten zum gekörnten Myelocyten mit acidophilem Protoplasma beobachtet werden. Wichtig sind diese Befunde einmal deshalb, weil im ersten Fall die das Blutbild beherrschenden Lymphocyten allein durch eine enorme Überproduktion dieser Zellen in den Lymphknoten in den Kreislauf gelangen und dafs sich nirgends lymphocytäre Infiltrationen in den Organen zeigen, weshalb Verfasser den Namen „Lymphocytämie“ zum Unterschied von der lymphatischen Leukämie wählt; zweitens weisen diese Befunde darauf hin, dafs es sich bei der lymphatischen Leukämie nicht um eine Ausschwemmung der Lymphocyten, sondern um eine aktive Lymphocytose handelt. Endlich weisen die Befunde darauf hin, dafs Leukocyten,

Lymphocyten und rote Blutkörperchen keine gemeinsame Mutterzelle haben, sondern dafs diese drei Zellarten schon in ihren Stammzellen scharf ausgeprägte Charakteristika besitzen. Ebenso klar zeigt nach Verfasser die Untersuchung die extravaskuläre Bildung sämtlicher Blutzellen. *Putzler-Danzig.*

Über Spirochätenbefunde bei hereditärer Syphilis, von Felix Danziger. (Dissertation, Leipzig 1906.) Der beschriebene Fall ist bemerkenswert, weil er wohl der erste ist, bei dem es gelang, im Herzmuskel eines hereditärsyphilitischen Kindes die Spirochaeta pallida nachzuweisen. *Fritz Loeb-München.*

Die pathologische Histologie der kongenitalen Syphilis und ihre Beziehungen zur Spirochaeta pallida, von C. Levaditi-Paris. (*Ann. de l'Inst. Pasteur.* Vol. XXV. Januar 1906.) Wie an den beigegebenen Illustrationen zu sehen ist, hat Verfasser recht präzise mikroskopische Bilder erhalten, indem er nach dem von Ramon y Cajal bei Nervenfärbung angewandten Verfahren die Schnitte erst nach der Färbung des Materials mit Arg. nitr. anfertigte. Es standen ihm vier resp. sechs Fälle von kongenitaler Syphilis zur Verfügung. Als Gesamtergebnis seiner Untersuchungen ist eine Bestätigung der pathogenen Bedeutung der Spirochäten zu konstatieren. Dabei stellt Verfasser fest, dafs diejenigen Organe die meisten Parasiten aufweisen, welche die stärksten makroskopischen Veränderungen darbieten. In abnehmendem Stärkegrade fand er beteiligt: Leber, Lunge, Nebennieren und Haut. Das Blut dient mehr als Transportweg für die Spirillen denn als eine Brutstätte derselben. Besondere Prädilektionsstellen sind die Drüsenepithelzellen. Wie es scheint, haben die Spirillen die Fähigkeit, in die noch relativ intakten Zellen der Leber, Nieren, Nebennieren und wahrscheinlich auch der Schweifsdrüsen einzudringen. Andererseits scheint gar nicht zweifelhaft zu sein, dafs diese Fremdkörper auch in ausgedehntem Mafse der Phagocytose anheimfallen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Das Verhältnis zwischen Spirochäten und den Organen kongenital syphilitischer Kinder, von Edgar Gierke-Freiburg i. Br. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 9.) Bei den Untersuchungen, die G. an den Organen mehrerer kongenital syphilitischer Kinder vorgenommen hat, wurden regelmäfsig Spirochaetae pallidae gefunden. Doch stimmten Gewebsveränderungen und Spirochätenbefund nicht immer überein, denn wenn auch im allgemeinen die am stärksten veränderten Organe die gröfste Menge Spirochäten enthielten, so wurden doch auch in Organen, die keine oder nur geringe histologische Veränderungen aufwiesen, zum Teil zahlreiche Spirochäten gefunden.

Bezüglich der ätiologischen Bedeutung der Spirochäten gibt es nach dem bisher vorliegenden Material nur zwei Möglichkeiten: „entweder wir haben einen Parasiten vor uns, der nur im syphilitischen Körper gedeihen kann (Nosoparasitismus) oder die Spirochäten sind die Erreger der Syphilis.“ G. hält das letztere für richtig; denn „wenn sich auch zurzeit aus den histologischen Untersuchungen die ätiologische Bedeutung der Spirochäten noch nicht einwandfrei beweisen läfst, so bilden sie doch wichtige Stützen und von ihrer weiteren Ausführung sind bald wertvolle Resultate zu erwarten, da es sich herausgestellt hat, dafs geeignet (besonders in Formol) konserviertes Material noch nach Jahren die Untersuchung gestattet und dafs die Spirochäten auch der Maceration (Levaditi) relativ lange stand zu halten vermögen.“

Gleich Levaditi fand G., dafs die Spirochäten eine Vorliebe für die Drüsenepithelien (Leber, Nebenniern, Pankreas) und das Bindegewebe zu haben scheinen; an ihrer intrazellulären Lagerung ist seiner Ansicht nach kein Zweifel.

Götz-München.

Über Spirochaeta pallida bei angeborener Syphilis, von H. Beitzke-Berlin (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 24.) B. untersuchte eine Reihe von Organen

kongenital syphilitischer Kinder an Ausstrichen und Schnitten auf Spirochäten mit teilweise gutem Erfolge. Die Untersuchung ergab eine Reihe von Tatsachen, die teils nicht gegen, teils direkt für die Vermutung sprechen, daſs wir in den Spirochäten die Erreger der Syphilis erblicken dürften. Fast zur Gewiſsheit wird diese Vermutung, wenn man die zahlreichen interessanten Forschungsergebnisse bei der erworbenen Syphilis und beim Tierexperiment hinzurechnet.

Bernhard Schulze-Kiel.

Spirochaeta pallida und Organerkrankung bei Syphilis congenita, von Paul Huebschmann-Genf. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 24.) Verfasser fand Spirochäten bei einem neugeborenen syphilitischen Kinde nach dessem Tode nicht in Lunge und Milz, aber in geringer bis mäſsiger Anzahl in Nieren, Nebennieren, Leber, Placenta, Nabelschnur, in sehr groſser Menge dagegen im Pankreas und Thyreoidea, also in den beiden Organen, die auſser den Knochen der Hauptsitz der syphilitischen Erkrankung waren. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über den diagnostischen Wert des Spirochätennachweises bei Lues congenita, von M. Simmonds-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906 Nr. 27.) S. hat 8 macerierte Föten und 18 Säuglingsleichen, bei welchen Syphilis nicht vorlag, ausnahmslos mit negativem Erfolg auf Spirochäten untersucht. Dagegen fand er die Pallida bei vier macerierten Föten syphilitischer Herkunft in allen Organen in groſsen Mengen, am zahlreichsten in der Leber und in der Darmwand, und in enormen Massen im Meconium; hier lagen sie zu dicken Büscheln und Klumpen vereinigt dicht mit einander verfilzt. Bei hereditär-syphilitischen Säuglingen konnte S. Spirochäten vorwiegend nur in erkrankten Organen und durchschnittlich in geringeren Mengen als in den macerierten Föten nachweisen; er vermutet daher, daſs in totfaulen Früchten eine postmortale Anreicherung von Spirochäten stattfindet.

Aus dem Ergebnis seiner eigenen Untersuchungen und den Veröffentlichungen anderer Autoren schlieſst S., daſs der Spirochätennachweis in den Organen von Föten und Säuglingen völlig genügt, um die Syphilisdiagnose zu rechtfertigen. Ein negativer Befund würde bei macerierten Früchten mit groſser Wahrscheinlichkeit Syphilis ausschlieſsen lassen, bei Säuglingen hingegen wäre ein negativer Befund nur mit Vorsicht zu verwerten. *Götz-München.*

Über Syphilome innerer Organe Neugeborener und ihre Beziehungen zur Spirochaeta pallida, von V. Babes und Th. Mironescu-Budapest. (*Berliner klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 34.) Verfasser untersuchten zwei Fälle von Syphilomen, es handelte sich um umschriebene, geschwulstartige, eigentümliche Gewebswucherung mit Beteiligung des Parenchyms und in inniger Beziehung zur Spirochätenwucherung. Auch im Blute wurden Spirochäten gefunden und besonders in den Leberkapillaren.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein Fall von kongenitaler Syphilis mit Spontanfrakturen, von Oberwarth-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 21.) In der Berliner medizinischen Gesellschaft stellte am 9. Mai O. eine elfjährige Patientin vor, welche das vierte von fünf Kindern ist. Ein älteres Geschwisterpaar starb nach 24 Stunden. Zwei Aborte sind vorangegangen, der Vater starb an Gehirnerweichung. Das Kind wurde, drei Monate alt, wegen eines Ausschlages mit „Giftbädern" behandelt, der danach heilte. Vor 4½ Jahren erfolgte nach einem Stoſs eine Anschwellung der Rippen, später eine der rechten Tibia. Vor neun Monaten kam das Kind in die Neumannsche Kinderklinik. Wegen eklatanter hereditärer Lues wurde spezifische Behandlung eingeleitet. Nach elf Tagen brach der linke Ellbogen auf, nach zwei Monaten entstand eine Spontanfraktur des linken Humerus im unteren Drittel, vor zwei Monaten wurde eine Koninuitätstrennung der rechten Clavicula festgestellt. Das Kind hat im ganzen 4,0 g

Hydrarg. jodat. und 385 g Jodkalium bekommen und jetzt 9 kg an Gewicht zugenommen. Es handelt sich um einen schweren Luesfall. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Fall von Infantilismus auf Grund hereditärer Syphilis entstanden, von P. Ranschburg-Budapest. (*Budapesti orv. ujs.* Pädiatrische Beilage. 1906. Nr. 1.) Bei einem 16½jährigen Mädchen wurde das typische Bild des Lorrainschen dystrophischen Idiotismus beobachtet. Die zweifellose hereditäre Syphilis sprach für die einheitliche Auffassung der französischen Autoren, dafs nicht die mangelhafte Funktion der Schilddrüse das Leiden verursacht, sondern die Syphilis. — Doch die ungemeine Kleinheit der Schilddrüse, die zweifellose Verzögerung im Knochenwachstum, die schnelle Besserung auf Thyreoidintabletten machen die Annahme von Hertoghe wahrscheinlich, dafs in solchen Fällen die Dystrophie durch Hypothyreoidismus bedingt ist. — Es ist nicht unmöglich, dafs der Lorrainsche Krankheitstypus auch durch Syphilis, eventuell Tuberkulose, Alkoholismus verursacht werden kann, aber nur im Falle einer Miterkrankung oder Aplasie der Schilddrüse. *B. Kollarits-Budapest.*

Lues congenita im Bilde lymphatischer Leukämie bei einem Neugeborenen, von Carl Stuhl-Giefsen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 16.) Im klinischen Bilde herrschten bei dem elftägigen Kinde folgende Symptome vor: Milz- und Lebervergröfserung, diffuse Schleimhautblutungen, blasse Schleimhäute und das Blutbild mit zahlreichen Leukocyten, also das Krankheitsbild der lymphatischen Leukämie. Die Sektion aber ergab in der syphilitischen Leber ein sicheres Zeichen für die Diagnose Lues congenita, und es gewannen nun mehrere noch nachträglich aufgefundene, unsichere und wahrscheinliche Zeichen an Bedeutung und konnten zur Bestätigung der Diagnose hervorgeholt werden, nämlich die chronische Heiserkeit der Mutter, ihre mäfsige Sattelnase und endlich der zwei Jahre zurückliegende Krankheitsverlauf des vorigen Kindes, bei dem die Diagnose gelautet hatte: Perniziöse Anämie auf rhachitischer Basis. Man mufs daher bei der klinischen Diagnose einer lymphatischen Leukämie beim Säuglinge berechtigte Zweifel entgegenbringen und sofort auch an Lues denken. *Arthur Rahn-Berlin.*

Ein Fall von kongenitaler Lues, von Heuck-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 17.) Vorstellung in der Gesellschaft der Charitéärzte. Der Fall bietet nichts Neues. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Fall von Myocarditis syphilitica bei hereditärer Lues mit Spirochätenbefund, von A. Buschke und W. Fischer-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 19.) Publikation enthält Krankengeschichte, pathologischen, histologischen und bakteriologischen Befund bei einem hereditärluetischen Kinde. Spirochäten besonders reichlich zwischen den Muskelfibrillen des Herzens. Aufserdem berichten die Autoren über einen zweiten Fall von hereditärer Lues, wo die Diagnose vor Auftreten irgendwelcher klinischer Erscheinungen aus dem Spirochätennachweis im Blute gestellt werden konnte. Spirochäten wurden im zweiten Falle post mortem in Leber, Niere, Galle und Harn gefunden. *Carl Schramm-Dortmund.*

Histologisches und Radiologisches zur tardiven Form der hereditären Gelenklues, von Bosse-Berlin. (*Centralbl. f. d. ges. Med.* 1906, Nr. 28.) Das Wesentliche des histologischen Prozesses ist das Vorhandensein eines zellreichen Granulationsgewebes mit wechselndem Gefäfsreichtum. Im Stratum internum der Synovialmembran ist dasselbe meist in einer verschieden dicken, basalen und marginalen Zellschicht geordnet. Zwischen denselben im Stroma tritt es in einander parallelen, schmalen Zügen auf. Das Stratum fibrosum war in allen untersuchten drei Fällen an der Entzündung unbeteiligt.

Durch radiologische Untersuchungen wollte B. feststellen, inwieweit Knochenveränderungen an der Entstehung der Gelenkleiden bei der Spätform der kongenitalen

Lues beteiligt sind. Es gelang ihm, sowohl Wegners Osteochondritis epiphysaria als gummös-osteomyelitische Prozesse als reaktive Periostitis ossificans teils mit, teils ohne Gummabildung mittels des Röntgenverfahrens nachzuweisen. Doch sind die beiden ersten Stadien der Wegnerschen Erkrankung mit der wenig verbreiterten, zackigen Verkalkungszone und beträchtlicher Knorpelwucherung radiologisch weniger leicht erkennbar bezw. einer Verwechselung mit Rhachitis ausgesetzt, während das dritte Stadium mit Sicherheit radiologisch darstellbar ist. *Schourp-Danzig.*

Zur Kenntnis der hereditären Larynxsyphilis der Kinder, von G. J. V. Bertrand. (*Thèse de Lille.* 1905.) *Fritz Loeb-München.*

Tabische Sehnervenatrophie bei hereditärer Lues, von J. Lewit. (Inaug.-Dissert. Berlin 1906.) An die Mitteilung einer Reihe in der Literatur niedergelegter Fälle von juveniler Tabes mit Optikusatrophie schließt Verfasser einen Fall von Prof. Gräff an, der ihm zur Bearbeitung überwiesen wurde. Der Fall wurde seinerzeit in der Charité aufgenommen mit der Diagnose: Atrophia nervi optici utriusque ex lue hereditaria. Eine syphilitische Infektion wird vom Patienten entschieden in Abrede gestellt. Vor der Erblindung hatte er keinerlei tabische Symptome. Weitere Einzelheiten müssen im Original studiert werden. *Fritz Loeb-München.*

Über Entzündung der Netzhaut und der Sehnerven infolge von angeborener Lues, von F. Hirschberg-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 19.) Nach einer chronologischen Einleitung geht H. zur Schilderung der Symptome der Erkrankung. Bei den jugendlichen Patienten (die Krankheit tritt nach den bisherigen Beobachtungen zwischen dem 5. und 18. Lebensmonat auf) ist äußerlich meist nur ein Rollen und Zittern der Augen zu beobachten, verbunden mit einem leichten Schielen. Die Herabsetzung der Sehschärfe ist allermeist schwer zu erkennen. Wesentlich bei der Beurteilung ist der objektive Befund im Augeninnern, das stets doppelseitig erkrankt ist: Trübung im Glaskörper, Verwaschensein des Sehnerveneintrittes durch bläulich-weiße Ausschwitzungen, Auftreten zahlloser heller Stippchen, daneben Entwicklung von Pigmentflecken, die besonders gegen die Peripherie des Hintergrundes zunehmen. Zuweilen beobachtete der Verfasser Reste solcher hereditärer Lues noch an Kindern mit luetischer Hornhautentzündung im späteren Alter (2.—20. Lebensjahr). Behandlung: Langdauernde Hg-Kuren bis zu 300 und mehr Einreibungen von 0,5 bis 1,0 g grauer Salbe täglich mit entsprechenden Pausen. Resultate sind sehr gut. Folgt eine Reihe von Krankengeschichten. *Carl Schramm-Dortmund.*

Der Kalender des Syphilitikers, von A. Martinet. (*Presse méd.* 1906. Nr. 99.) M. empfiehlt den Syphilitikern ein Behandlungsschema in Form eines Kalenders zu übergeben, da gedruckte Vorschriften stets nachhaltenderen Eindruck machen und den Patienten leichter von dem gefährlichen Optimismus bei der unter geringen Erscheinungen verlaufenden Syphilis bewahren. Die Vorschriften sind nach den Prinzipien der Fourniersschen Behandlungsmethode gegeben.

Carl Schramm-Dortmund.

Der gegenwärtige Stand der Syphilistherapie, von Moritz Oppenheim-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 32—35.) O. hat in dieser Arbeit eine ausführliche Zusammenstellung der Syphilisbehandlung geliefert, und es ergibt sich für ihn aus den Stichproben der Literatur die Tatsache, daß die Therapie der Lues keine wesentlichen Fortschritte gemacht hat. Die chronisch-intermittierende Hg-Behandlung hat sich weitere Kreise erobert, die Injektionsbehandlung ist den epidermatischen Prozeduren mindestens gleichwertig geworden. Die schwerlöslichen Salze werden bei der Injektionsbehandlung bevorzugt; die innerliche Hg-Medikation sowie andere Quecksilberdarreichungen sind auf ganz wenige Indikationen zu beschränken. Die Jodtherapie hat durch intramuskulär und epidermatisch zu verwendende Mittel eine Bereicherung

erfahren. Die ätiologische Therapie, antitoxische, von luetischen Affen gewonnene Sera, aktive Immunisierungsversuche, sowie eine Vaccinegewinnung durch Affenpassage blieben erfolglos. Da aber die bisher gefundenen, neuen Tatsachen im Einklang mit unserer gegenwärtig zu Recht bestehenden Therapie stehen, so ist das Quecksilber als Spezifikum gegen die Spirochäten zu betrachten und ist während der Zeit der möglichen Rezidive möglichst oft und ausgiebig einzuführen, um wenn möglich ein Reservedepot von Quecksilber zu schaffen. Der Spirochätennachweis im Gumma, sowie dessen Infektiosität bedingen gleichfalls eine ausreichende Quecksilberbehandlung.

Putzler-Danzig.

Weitere Beiträge zur ätiologischen Therapie der Syphilis, von L. Spitzer-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 38.) Während Verfasser vor Entdeckung der Spirochaeta pallida warten mufste, bis an dem Primäraffekt kein Zweifel mehr bestand, oft auch, bis ausgesprochene Skleradenitis vorhanden war, konnte er in den letzten Monaten mit der ätiologischen Behandlung beginnen, sobald in einer Erosion die Spirochäte nachgewiesen war. Sp. hat nun seit der Meraner Veröffentlichung sieben neue Fälle so behandelt, dafs stets je 2 ccm Skleroseaufschwemmung, in der Konzentration beginnend von 1 : 200, bis 1 : 40 steigend, subcutan einverleibt wurden, also mehr und konzentriertere Mengen als bei der ersten Versuchsreihe. Von diesen sieben Patienten haben zwei ihre Allgemeinerscheinungen in typischer Weise bekommen; drei blieben frei von sekundären Erscheinungen, zwei konnten nicht regelmäfsig genug kontrolliert werden, um sie mitregistrieren zu können. Es steht also, so meint Sp., die Tatsache fest, dafs bei 35% keine Allgemeinerscheinungen auftraten.

Putzler-Danzig.

Über Syphilisprophylaxe, von E. Metschnikoff-Paris. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 15.) Vortrag, gehalten in der Société française de prophylaxie sanitaire et morale in Paris. Verfasser berichtet über seine und Roux' Versuche, ein Präventivmittel zu finden, das imstande wäre, die Ansteckung mit Syphilis zu verhindern. Als solches erwies sich die weifse Präzipitatsalbe, die Kalomelsalbe und die Salbe aus salicyl-arsenigem Quecksilber (alle zu einem Viertel bis zu einem Drittel mit Lanolin verarbeitet). Die fünfminutenlange Einreibung dieser Salben 1—18½ Stunden nach kräftiger Einimpfung des Syphilisgiftes an Schimpansen, Pavianen und Makaken hat den Ausbruch der Erkrankung verhütet. Die Kontrollaffen, denen dasselbe Virus eingeimpft wurde, bekamen ausnahmslos einen typischen Primäraffekt. In mehreren Fällen wurden die durch Salben geschützten Tiere dann wiederum geimpft, und immer wieder traten dann Primäraffekte auf. — Gegen Ansteckung mit Ulcus molle erwiesen sich die erwähnten Salben machtlos.

Verfasser glaubt, dafs seine Versuche praktische Bedeutung besitzen: eine nach jedem verdächtigen Coitus ausgeführte vier- bis fünfminutenlange Einreibung des Gliedes mit Kalomel- oder Präzipitatsalbe wäre imstande, das eventuell an dem Gliede haftende Virus zu zerstören und die Entstehung der Syphilis zu verhüten.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Bemerkungen zu dem Vortrag von E. Metschnikoff: „Über Syphilisprophylaxe“, von Karl Gerson-Schlachtensee. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 18.) Metschnikoff und Roux haben bekanntlich auf Grund der Versuche an Affen die prophylaktische Einreibung von Quecksilbersalben in das Membrum nach jedem verdächtigen Coitus dringend anempfohlen. Verfasser meint, dafs über den Wert dieser Vorsichtsmafsregel erst jahrelange Erfahrungen ein annähernd richtiges Urteil gestatten werden, falls man nicht zur Zuhilfenahme von menschlichem Untersuchungsmaterial greift. Ein solches könnten die zum Tode Verurteilten bilden, die man mit Syphilisvirus impfen und die Impfstellen dann mit Hg-Salben einreiben sollte.

Jedenfalls glaubt Verfasser, daſs die prophylaktische Einreibung post coitum — als vollkommen unschädlich — der ausgiebigsten Versuche wert sei und möchte derselben noch eine ebensolche Einreibung — wenn auch von kürzerer Dauer — ante coitum vorausgehen lassen, und zwar in der Erwägung, daſs durch letztere vielleicht der Boden für das Eindringen und Haften des Syphilisgiftes ungünstiger und die Entstehung von kleinsten Einrissen der Haut infolge des Fettüberzuges eher vermieden wird. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über Syphilisprophylaxe, von Gastou Vorberg-Freiburg i. Br. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 28.) Bezugnehmend auf den bekannten Vorschlag Metschnikoffs, prophylaktische Einreibungen mit Quecksilbersalben im Membrum zu machen, widerlegt Verfasser die in den Tagesblättern verbreitete Nachricht, daſs der Doktorand, welchem Metschnikoff an der Stirne Syphilisgift eingeimpft hatte, trotz der prophylaktischen Einreibung doch an Lues erkrankte. Verfasser schildert demgegenüber genau den Versuch, der am 1. Februar an dem betreffenden Doktoranden von M. vorgenommen wurde, und hebt nochmals hervor, daſs die Einimpfung bis jetzt (Juli) resultatlos geblieben ist. Die Affen, die gleichzeitig mit demselben Virus eingeimpft, aber mit den Quecksilbersalben nicht eingerieben wurden, erkrankten an deutlichen syphilitischen Erscheinungen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über den Gebrauch der Schwefelwässer in der Behandlung der Syphilis, von Louis Bertier. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 310.) Die Wirkung der Schwefelwässer bei Syphilis war schon im 18. Jahrhundert bekannt, doch wurde die allgemeine Aufmerksamkeit erst durch Fontan, Mialhe, Astrié im Beginn des letzten Jahrhunderts auf die Frage gelenkt. Die Schwefelwässer üben im allgemeinen eine exzitierende Wirkung aus; sie regen die Verdauungsorgane und die Zirkulation an, führen zu einer Vermehrung der roten Blutkörperchen und stimulieren die Tätigkeit aller Organe.

Sie haben zwar keinen heilenden Einfluſs auf die Syphilis, unterstützen aber in wirksamer Weise die spezifische Quecksilberbehandlung. Die Resorption und Elimination des Quecksilbers wird erleichtert (erhöhte Löslichkeit der Querksilberalbuminate). Die Verabreichung von Schwefelwässern hat einen günstigen Einfluſs auf die Heilung der Hg-Intoxikation und wirkt direkt prophylaktisch gegen diese. Am besten gibt man gleichzeitig Quecksilberpräparate und Schwefelwässer. Besonders indiziert ist die Verwendung der letzteren bei kachektischen Personen und bei geschwächtem Nervensystem, bei Intoleranz gegen Quecksilber, bei der Notwendigkeit einer intensiven Quecksilberbehandlung wegen besonders schwerer Erscheinungen.

Fritz Loeb-München.

Hygienische Maſsregeln gegen Syphilis (Harben Lecture), von Elie Metchnikoff - Paris. (*Lancet.* 9. Juni 1906.) Allgemein wird anerkannt, daſs die Verbreitung der Syphilis in der Zunahme begriffen ist. In der englischen Armee hat sich die Zahl der Syphiliskranken in den Jahren 1880—1897 fast verdreifacht, während die Zahl der Mannschaft nur verdoppelt worden ist. Die Erzeugung einer Schutzimpfung gegen das Leiden hat noch groſse Schwierigkeiten zu überwinden. Interessant sind aber einige Beobachtungen, welche M. mit Affen, Macacus und Schimpanse, gemacht hat. Einer von M.s Assistenten, der sich viel mit diesen infizierten Tieren beschäftigte, bemerkte eines Tages an seiner Lippe ein Geschwür. Als sich dasselbe nach einiger Zeit wiederholte, dachte man an eine syphilitische Infektion. Es wurde ein Macacus mit dem Sekret geimpft, und vier Wochen später bot derselbe zwei typische Ulcera dar, an denen massenhaft Spirochäten nachgewiesen wurden. Der Assistent blieb aber völlig gesund. Nach M. genügt es auch, eine gründliche Einreibung mit Kalomelsalbe (1 : 3) binnen einer Stunde nach der Infektion vorzunehmen,

um die Entstehung weiterer Läsionen zu verhindern. Er hat einen jungen Mediziner auf dessen ausdrücklichen Wunsch mit dem syphilitischen Virus von zwei Männern mit Primärsyphilid inokuliert, worauf nach einer Stunde kräftig Kalomelsalbe eingerieben wurde. Der junge Mann ist gesund geblieben; zwei Macacusaffen, die ohne prophylaktische Einreibung mit demselben Material geimpft wurden, boten nach 17 Tagen die Primärläsionen dar. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein einfaches Mittel zur Erkennung einer drohenden Stomatitis, der Intoleranz und medikamentösen Sättigung während einer Quecksilberkur gibt Severino an (*Semaine méd.* 1906. Nr. 16). Die Reaktion besteht in folgendem: Die Zähne und das Zahnfleisch des zu untersuchenden Individuums werden sorgfältig gereinigt, dann wird mittels eines Pinsels und stets bei Tageslichtbeleuchtung ganz frische und reine Jodtinktur auf die Vorderfläche von einem oder mehreren Schneide- resp. Eckzähnen (wenn möglich des Unterkiefers) aufgepinselt. Der Patient wird sodann aufgefordert, seine Zähne mit Speichel zu bespülen, und falls die Reaktion positiv ausfällt, färben sich die so behandelten Zähne rosarot. Die Reaktion soll niemals auftreten bei Individuen, die entweder kein Quecksilber erhalten, oder bei solchen, die ihren Mund einer sorgfältigen Behandlung im Verlaufe einer Quecksilberkur unterziehen und deren Ausscheidungsorgane normal funktionieren. Bei drohender Intoxikation kommt nämlich das durch den Speichel teilweise ausgeschiedene Hg mit dem Jod in Berührung, wobei sich Jodquecksilber bildet, das eine rote Farbe hat.

C. Müller-Genf.

Die Präventivbehandlung der Syphilis, von Karl Heinze. (Inaug.-Dissert. Kiel 1996.) Verfasser gibt einen gedrängten historischen Überblick über die Präventivbehandlung des Primäraffektes und führt dabei eine Reihe von Fällen an. Er nimmt der Präventivexzision gegenüber einen ablehnenden Standpunkt ein.

Fritz Loeb-München.

Allgemeine Bemerkungen über die Therapie der Syphilis, von Ernst Fürth-Dervent. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 15.) Verfasser bespricht die übliche Therapie der sekundären Syphilis und stellt nach theoretischen Erwägungen für dieselbe folgende drei Sätze auf: 1. Wertvoll ist nur eine exakte Allgemeinbehandlung mittels Quecksilber. 2. Die Behandlung in Form von Injektionen leicht löslicher Verbindungen bietet beträchtliche Vorteile gegenüber der Einreibungsmethode. 3. Von der lokalen Therapie soll abgestanden werden, da sie kaum Nutzen bringt.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Ein Beitrag zur Serumbehandlung der Syphilis, von C. S. Engel-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 42.) Engel machte vor der Entdeckung der Spirochaeta pallida einige serotherapeutische Versuche bei Syphilis, und zwar bei zwei weiblichen und einer männlichen Person, die die Zeichen sekundärer Syphilis an sich trugen. Es wurden bei der einen Kranken zwölfmal in sechs Wochen je etwa 10 ccm Blut entnommen und das daraus gewonnene Serum nach halbstündigem Erwärmen einem kräftigen Kaninchen intraperitoneal injiziert; das Tier vertrug es gut. Dann wurde aus dem Ohr im ganzen zehnmal Blut entnommen und dessen Serum in Dosen von 1—5 ccm, auf einen Zeitraum von vier Monaten verteilt, unter die Arm- und Rückenhaut eingespritzt. Vor der vierten Injektion des Kaninchenserums erhielt die Kranke aufserdem Normalserum von einem gesunden Menschen in Dosen, die das spezifische Serum um 1—3 ccm übertrafen. Die Wirkung war folgende: Gleich nach den ersten Injektionen trat an Stellen, wo die Schuppen sich befanden, eine starke Röte der sonst braunroten Flecke auf, kleinere solcher roten Flecken wurden auch an Stellen sichtbar, an denen bisher nichts Krankhaftes zu erkennen war. An den Injektionsstellen trat ohne Fieber leichter Schmerz auf, Urin normal, ebenso Allgemein-

befinden. Nach drei Wochen waren die Flecken blasser, die Schuppen weniger, welche nach weiteren Injektionen ganz schwanden; auch die Röte blaßte weiter ab. Eine relativ starke Reaktion trat auf, als zum ersten Male 1,6 ccm spezifisches und 5 ccm Normalserum injiziert wurde. Als nach Injektion von 4 ccm Immunserum und 6 ccm Normalmenschenserum keine Reaktion mehr eintrat, wurde mit der Behandlung aufgehört. Nach einem Jahre waren die Erytheme abgeblaßt, Drüsen nicht vorhanden. Verfasser läßt die Frage offen, ob seine Patienten geheilt sind, er betont nur, daß bei den betreffenden Personen mit dem spezifischen Serum eine Reaktion eingetreten ist, die mit dem sogenannten Serumfieber nicht zu verwechseln ist und bei Benutzung von normalem Kaninchenserum allein nicht zu beobachten war. Ferner beweisen die biochemischen Reaktionen, daß das Blut kranker Menschen nicht dieselben Antikörper bildet wie das gesunder, und schließlich hat sich sowohl bei den Syphilitikern als auch bei anderen die absolute Unschädlichkeit des außerordentlich einfach und genau durchführbaren Behandlungsmodus herausgestellt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Beitrag zum Studium der intensiven Syphilisbehandlung mit den intramuskulären Injektionen von grauem Öl, von A. Turner-Beaumont. (*Ann. de la Policl. centr.* 1906. Nr. 7.) Verfasser beschreibt einen Fall aus seiner Praxis, bei dem die sekundären Erscheinungen trotz Behandlung mit Protojoduretum hydrargyri (0,06 bis 0,1 pro die) während fünf Wochen bestehen blieben. Erst nach Einleitung der intensiven Behandlung mit grauem Öl nach Duhot (0,14 hydrargyri jeden fünften Tag) ist das Exanthem zurückgegangen. Nach der fünften Injektion von Ol. cinereum sind Erscheinungen von Lungenembolie aufgetreten, die kurzdauernd waren und deren Ursache Verfasser seiner mangelhaften Technik zuschreibt.

Nach Verlauf von zwei Monaten wurde die Behandlung mit grauem Öl wiederholt; diesmal erhielt Patient acht Injektionen (jeden achten Tag). Dieselbe Kur ist dann noch zweimal, nach je einer Pause von drei Monaten, durchgeführt worden. Während dieser ganzen Zeit hat Patient absolut keine spezifischen Erscheinungen dargeboten und sein Allgemeinzustand ist besser, als vor der Infektion. Verfasser betont diesen günstigen Verlauf der Syphilis, als etwas sehr Auffallendes, das nur der Duhotschen Behandlungsmethode zu verdanken sei.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Die Behandlung der Syphilis mit Injektionen von grauem Öl, von Rob. Duhot. (*Ann. de la Policl. centr.* 1906. Nr. 3.) Verfasser ist ein sehr eifriger Anhänger der Injektionen von unlöslichen Präparaten, insbesondere des grauen Ols und des Kalomels und trachtet dieselben seit zwölf Jahren zu popularisieren. Er veröffentlicht zu diesem Zwecke eine Reihe von Artikeln in den von ihm redigierten *Annales de la Policlinique centrale.* Die vorliegende Arbeit vertritt denselben Standpunkt. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die Technik der Injektionen von grauem Öl, von Duhot. (*Ann. de la Policl. centr.* 1906. Nr. 6.) Detaillierte Beschreibung — an der Hand mehrerer photographischer Abbildungen — der Technik der Injektionen von grauem Öl. Zum Unterschiede von Lang injiziert Verfasser das graue Öl intramuskulär. Nach der ausgeführten Injektion bleibt die Nadel in situ, die Spritze wird aber mit einer anderen, die mit physiologischer Kochsalzlösung gefüllt ist, umgetauscht; durch nachfolgende Injektion dieser letzten Lösung wird das graue Öl vollkommen aus der Nadel entleert und die Nadel ganz vom Öl befreit zurückgezogen („injection eliminatrice"). *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Zur Einspritzung von grauem Öl in der Behandlung der Syphilis, von E. Bodin-Rennes. (*Presse méd.* 1906. Nr. 103.) B. hält die Anwendung des grauen

Oles nur dann für indiziert, wenn eine langsame und langdauernde Hg-Wirkung beabsichtigt wird; also wenn die Diagnose bereits vor dem Auftreten der Exantheme gestellt werden kann, oder bei späteren Kuren, wenn akute Erscheinungen eine andere Behandlungsmethode nicht erfordern. Er gibt dann stets kleine Dosen von 0,005 bis 0,01 g Hg pro injectione. *Carl Schramm-Dortmund.*

Vorstellung von Fällen, welche die intensive und abortive Behandlung der Syphilis mit Injektionen von grauem Öl demonstrieren, von Duhot. (*Ann. de la Policl. centr.* 1906. Nr. 3.) Verfasser stellt in der ärztlichen Gesellschaft in Brabant eine Reihe von Fällen vor, die nach seiner „intensiven und abortiven" Behandlungsmethode behandelt werden. Die sekundären Erscheinungen sind entweder gar nicht oder in einer sehr schwachen Form aufgetreten.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Verschiedenes.

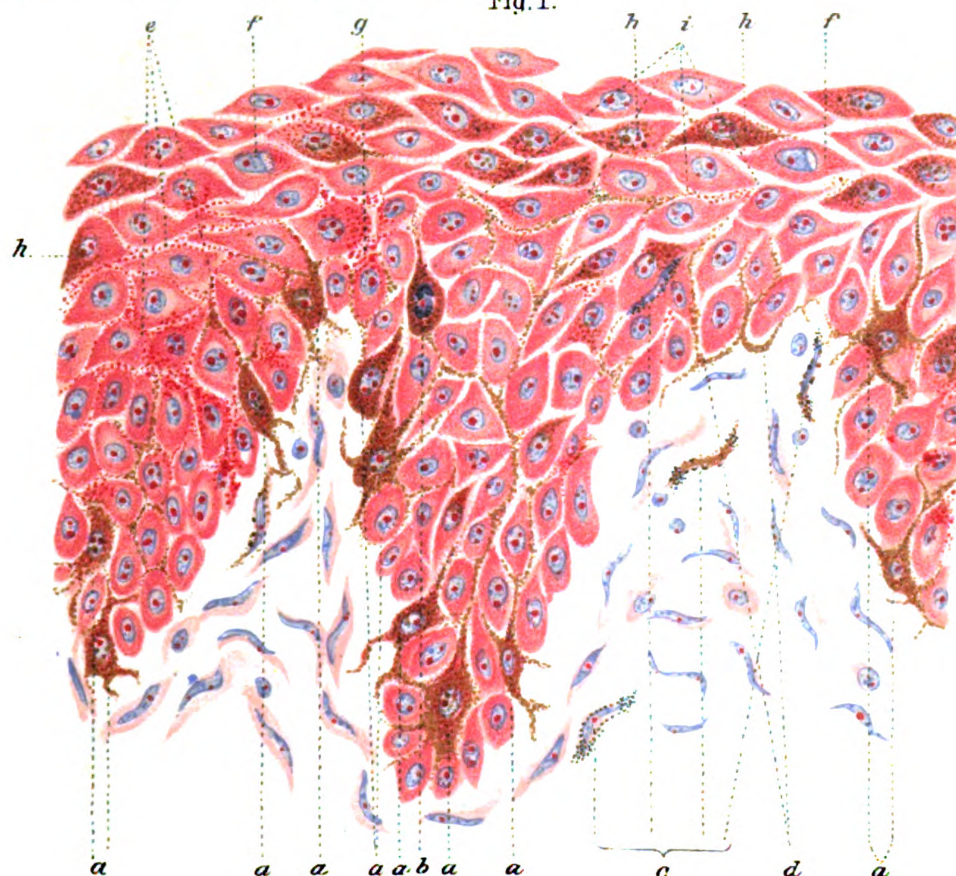
Über Leukoderma bei Lues, bei Psoriasis und bei Ekzema seborrhoicum, von Jesionek-Giefsen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 24.) Unna erachtet bekanntlich die Pigmentierung als das Primäre und Prinzipielle im Bilde des Leukoderma syphiliticum, die weifslichen Flecken dagegen als das sekundäre; er bezeichnet die Veränderung als Rete pigmentosum der Syphilitiker und rubriziert sie unter die Neurosyphilide. Dafs das Leukoderma syphiliticum in einer grofsen Anzahl von Fällen den Neurosyphiliden zuzurechnen ist, dafs eine bestimmte noch unbekannte Noxe unter Vermittelung des Nervensystems das luetische Leukoderma auslöst, hält J. wohl für möglich; im übrigen aber kann er der Hypothese Unnas nicht beistimmen, er erklärt nach wie vor den fleckförmigen Pigmentverlust für das Wesentliche.

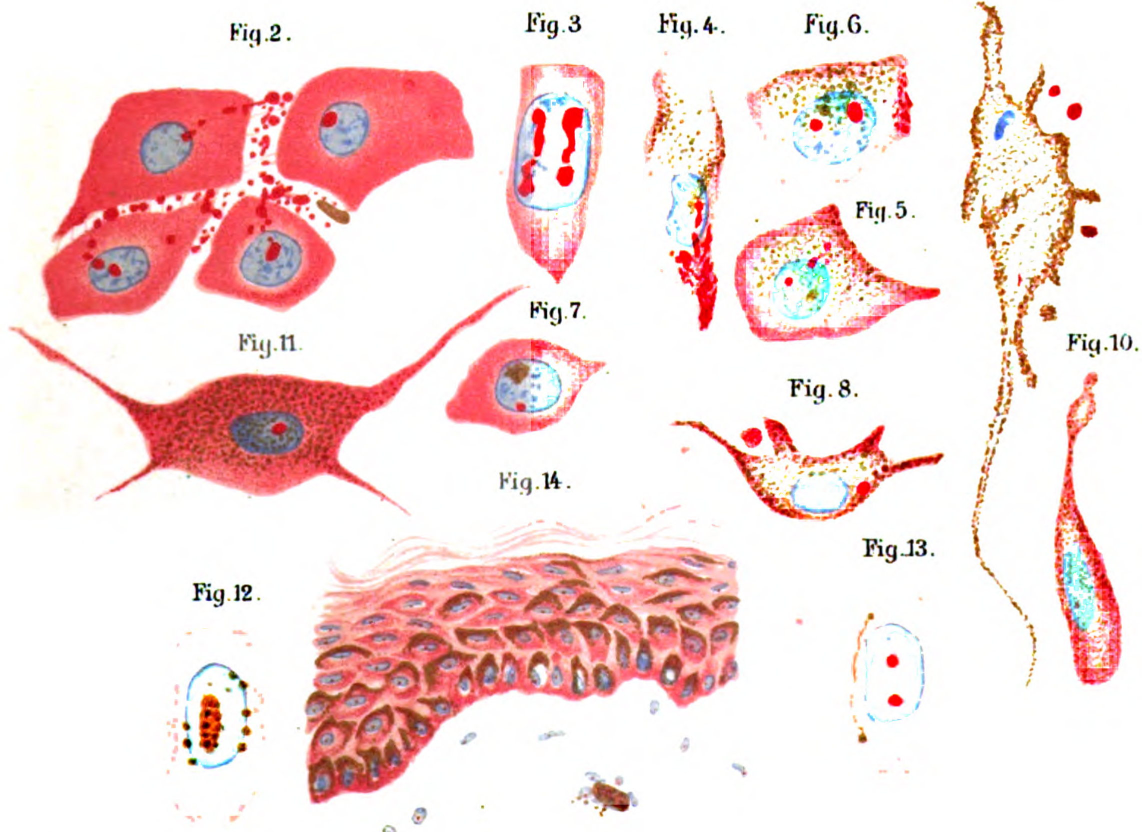
Leukodermenentwicklung beobachtete J. aufser bei Lues auch in sieben Fällen von Psoriasis; in zwei Fällen handelte es sich um Weiber, bei denen neben Psoriasis auch Lues bestand, doch war bei beideu der Zusammenhang zwischen Leukodermenbildung und Psoriasiserkrankung zweifellos. Das psoriatische Leukoderma kann, wie insbesondere auch die diesbezüglichen Mitteilungen Rilles beweisen, dem syphilitischen durchaus gleichen.

Endlich sah J. Leukodermenflecke auch in einem Falle von typischem Ekzema seborrhoicum auftreten, und diese Beobachtung im Zusammenhang mit der nicht allzu seltenen Bildung von Leukoderma bei Psoriasis ist ein neues Argument zugunsten der Anschauung Unnas, der Psoriasis und seborrhoisches Ekzem in engste Verbindung zu bringen geneigt ist. Soweit wie Unna, für den die Psoriasis nur eine extrem fettlose Modifikation des sehr variablen psoriatiformen Höhetypus des seborrhoischen Ekzems ist, vermag J. allerdings noch nicht zu gehen. Jedenfalls aber haben seine Wahrnehmungen in den letzten Jahren in ihm Zweifel hervorgerufen, ob das, was man jetzt noch schlechtweg Psoriasis nennt, eine einheitliche Krankheit ist. Dafs die „typische" Psoriasis sich in alle möglichen atypischen Formen verwandeln kann, lehren zahlreiche Erfahrungen; ob es sich dabei wirklich um verschiedene Typen des seborrhoischen Ekzems handelt, ist noch zu erweisen. *Götz-München.*

Druckfehlerberichtigung. Seite 94, Zeile 8 von oben lies: Ehrmann (statt Elismanx).

Fig. 1.





Davida Jadassohn del.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

Monatshefte für praktische Dermatologie.

Band 44. | №. 5. | 1. März 1907.

Mitteilung aus der Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis der königl. ungarischen Universität zu Kolozsvár (Vorstand: Prof. Dr. THOMAS VON MARSCHALKÓ).

Über einen Fall von Pemphigus foliaceus (nebst einigen Bemerkungen über das Wesen der „Hämatodermitiden").

Von

Dr. HEINRICH KANITZ,
Assistent der Klinik.

Über die unter dem Namen Pemphigus zusammengefafsten Krankheitsprozesse haben wir noch immer sehr mangelhafte Kenntnisse. Nicht nur die ätiologischen Faktoren dieser Erkrankungen sind des näheren noch unbekannt, nicht nur über den Mechanismus der Blasenbildung sind die Meinungen noch immer divergent, sondern auch das klinische Bild der erwähnten Krankheitsprozesse ist nicht mit derjenigen Schärfe und Sicherheit aufgestellt, die wir von einer wohlcharakterisierten Krankheit erwarten dürfen. Unter solchen Umständen halten wir die eingehendere Besprechung eines von uns beobachteten Falles von Pemphigus foliaceus für gerechtfertigt — da derselbe in bezug auf die Pathogenese resp. Pathologie des Pemphigus, wenn auch nicht absolut wertvolle, aber jedenfalls beachtenswerte Erscheinungen darbot.

Der Fall ist folgender: P. G., Landmannsgattin, 40 Jahre alt, aufgenommen am 3. X. 1905.

Anamnese: Eltern leben, Mutter erlitt vor Jahren einen Schlaganfall, Vater gesund, ebenso fünf erwachsene Geschwister der Patientin. Letztere seit 21 Jahren verheiratet, kinderlos. An Krankheiten im Kindesalter erinnert sie sich nicht, Lues wird negiert. Aufser kleineren Menstruationsstörungen war Patientin bisher nie krank. Bezüglich ihres jetzigen Leidens gibt sie folgendes an: Vor vier Monaten entstanden im Gesicht und auf der Kopfhaut von mäfsigem Jucken begleitet rote Flecken von verschiedener Gröfse, welche sich bald mit kleinen Schuppen bedeckten. Später erschienen zerstreut kleine Bläschen, welche alsbald platzten und sich in rote, nässende „Wunden" umwandelten. Im übrigen

fühlte sich Patientin wohl, und die Hautveränderungen heilten zum gröfsten Teile unter einer indifferenten Salbenbehandlung. Nach kurzer Dauer traten jedoch schubweise neue und zwar den früheren ähnliche Eruptionen auf, aber viel zahlreicher und sich auch auf Hals und Schultern erstreckend. Durch die fortschreitende Anlagerung neuer Effloreszenzen wurden immer gröfsere Hautbezirke befallen, so dafs nach einigen Wochen die Haut der Brust, des Rückens und der Extremitäten in Mitleidenschaft gezogen wurde. In letzterer Zeit stellten sich Mattigkeit, Appetitmangel, Schlaflosigkeit ein, zeitweilig traten Fiebererscheinungen auf und das Jucken wurde heftiger. Durch diese Erscheinungen beängstigt, suchte Patientin am 3. X. 1905 unsere Klinik auf.

Status praesens: Patientin ist von mittlerer Statur, schwach genährt, mit schlaffer, atrophischer Muskulatur. Sensorium nicht gestört, in den inneren Organen keine pathologischen Veränderungen. Klarer Urin ohne fremde Bestandteile. Die ganze Hautoberfläche ist der Sitz sehr hochgradiger Veränderungen. Die Haut des Kopfes, Gesichtes und Halses ist mit gröfseren oder kleineren, viereckigen oder ganz unregelmäfsig geformten, graugelblichen, dünnen Schuppen bedeckt, welche zufolge ihrer mehrschichtigen, blätterigen Beschaffenheit der Haut das Aussehen eines Butterteiges verleihen. Die Schuppenmassen haften ihrer Unterlage nur sehr lose an, so dafs sie leicht entfernt werden können, worauf die unverhornte und daher feuchte Epidermisschicht zutage tritt. Diese Hautveränderungen erstrecken sich abwärts über die Schultern hinweg auf den obersten Teil der Brust- resp. Rückenhaut. Am Rumpfe befinden sich, unregelmäfsig zerstreut, linsen- bis talergrofse, rundliche, erythematöse Flecke und verschieden grofse Exkoriationen, deren Grund bald von der MALPIGHIschen Schicht, bald, dort nämlich, wo die Epidermis in toto fehlt, von der nässenden, roten, glänzenden Oberfläche des Papillarkörpers gebildet wird. Diese Erosionen sind immer scharf und häufig von serpiginösen Linien begrenzt und erscheinen teils nässend, teils pergamentartig trocken, meistens aber mit den schon beschriebenen, mosaikartig aneinandergereihten, blätterigen Schuppen oder — wo die Exsudation eine intensivere ist — mit gelben, gummiartigen Borken bedeckt. An ihrem Rande ist die Epidermis häufig kragenartig unterwühlt und abgehoben.

An den Seitenteilen des Rumpfes sieht man zwischen den beschriebenen Epidermidalverlusten kleine, ungefähr erbsen- bis bohnengrofse, matsche Bläschen mit runzeliger Wand und trübem, eiterigem Inhalt. In beiden Inguinalbeugen je eine zirka kirschengrofse, schwappe, mit trüber, eiteriger Flüssigkeit erfüllte Blase. Auffallend ist die fast am ganzen Körper bestehende Lockerung der Hornschicht und der Epidermisschichten überhaupt in verschiedenen Höhen von ihrer Unterlage, die in eklatanter Weise dadurch zum Ausdruck kommt, dafs es sowohl an den erkrankten als auch

an scheinbar normalen Stellen gelingt, mittels des über die Haut streichenden Fingers die Hornschicht abzustreifen.

An den Extremitäten sind die Veränderungen viel geringfügiger, nur der linke Arm ist stark angegriffen und zeigt in diffuser Ausdehnung die am Stamme beschriebenen Hautläsionen. Die sichtbaren Schleimhäute zeigen ein normales Aussehen.

Das Allgemeinbefinden der Patientin ist ein zufriedenstellendes, obzwar dieselbe in der Ernährung etwas herabgekommen erscheint. Die Hautveränderungen werden nur von mäſsigem Jucken begleitet, dagegen empfindet die Patientin Temperaturwechsel sehr unangenehm und fröstelt dabei.

Das geschilderte klinische Bild machte es wahrscheinlich, daſs wir einer in die Gruppe des Pemphigus gehörenden Erkrankung gegenüberstehen. Die geringe Zahl und Matschheit der Blasen, die blätterige Beschaffenheit der Schuppen, die Lockerung und Abstreifbarkeit der Hornschicht, das periphere Wachstum der Läsionen und die zentrifugal fortschreitende Unterwühlung der Hornschicht berechtigten uns, den vorliegenden Krankheitsprozeſs als Pemphigus foliaceus aufzufassen. Die Diagnose wurde durch den weiteren Krankheitsverlauf bestätigt, aus dem wir folgendes hervorheben:

Patientin war vom 3. X. bis 24. X. in unserer Behandlung. Dieselbe bestand in Bädern und in der Applikation von indifferenten Salbenverbänden, innerlich wurde FOWLERsche Lösung verordnet. Anfangs bildeten sich noch in geringer Zahl und besonders an den Seitenpartien des Rumpfes kleine, matsche Bläschen, welche aber bald platzten und dann Erosionen hinterlieſsen, die wenig Tendenz zu normaler Überhäutung zeigten und sich zumeist durch Unterwühlung der umgebenden Epidermis peripherwärts ausdehnten. An anderen Stellen kommt es überhaupt nicht zur Blasenbildung, sondern die Epidermis wird durch den Exsudationsprozeſs gleich auf weitere Strecken von ihrer Unterlage abgehoben. Die hiermit entstandenen Epithelverluste zeigten eine sehr mangelhafte Tendenz zur Überhäutung, und wenn letztere schon zustande kam, so wurde die neue, zugleich abnorm gebildete Hornschicht meistens wieder durch geringe Exsudatmengen unterwühlt, und nachdem es bei solchen neuerlichen Eruptionen einriſs, nach einiger Zeit in Form der schon beschriebenen weiſslichen, trockenen Schuppen abgestoſsen. Dadurch, daſs sich dieser Vorgang öfters wiederholte, kam es an den meisten Stellen nicht zur Regenerierung des Epithels. Nur am Gesicht und an einigen, nur wenig ausgebreiteten Stellen der Bauch- und Brusthaut und des linken Oberarmes bildete sich über den Erosionen am Ende der zweiten Krankheitswoche eine neue, zarte, bläuliche Epidermisdecke, welche sich später bräunlich pigmentierte.

Der Kräftezustand der Patientin war bis zum Anfang der dritten Woche ihres Spitalaufenthaltes ein ziemlich zufriedenstellender, trotz des vom Beginn an bestehenden, intermittierenden Fiebers, das zuweilen eine bedeutende Höhe (39,1°—40,8° C.) erreichte. Am 20. X. tritt ein ziemlich rapider Kräfteverfall ein; die Kranke ist appetitlos, somnolent und bringt infolge der Hautveränderungen ein sehr qualvolles Dasein zu, da das Liegen und Wenden der Kranken mit grofsen Schmerzen und Losreifsen der abgehobenen Epidermis verbunden ist. In den folgenden Tagen nimmt die Schwäche auffallend zu, im Harn erscheint minimaler Eiweifs, Puls klein, schwach, beschleunigt, hinten, über dem linken, unteren Lungenlappen eine zirka vier Querfinger breite Dämpfung, welche sich rapid nach aufwärts vergröfsert. Am 23. X. ist die ganze linke Lunge ergriffen, über derselben gedämpfter Perkussionsschall und bronchiales Atemgeräusch. Schmerzen in den Gelenken bei aktiver und passiver Bewegung, ein akuter Ergufs ins linke Kniegelenk, ein handtellergrofses, schmerzhaftes, entzündliches Infiltrat des Unterhautzellgewebes auf der linken Seite des Halses kombinieren das Krankheitsbild und erhöhen die Beschwerden der stark herabgekommenen, erschöpften, soporösen Patientin. Am 24. X. trat unter beständig zunehmender Herzschwäche der Tod ein.

Die Sektion am 25. Oktober 1905, vormittags 10 Uhr, durch Herrn Prof. Buday vollzogen, ergab folgenden Befund:

Kleingewachsene, etwas abgemagerte Frauenleiche, am Rücken viele, leicht cyanotische Leichenflecke. (Um Wiederholungen zu vermeiden, übergehen wir die Beschreibung der Hautveränderungen.)

Mäfsig verengte Pupillen, dicker Hals, gewölbter, breiter Brustkorb, wohlentwickelte Brüste, mäfsig emporgetriebener Bauch. Rechte, hintere Fläche des Schädels abgeplattet, oben etwas dicker. Die Oberfläche der linken Gehirnhemisphäre mit eitrig-fibrinösem Belag bedeckt und mit serösem Eiter imbibiert. Diese Veränderung erstreckt sich hauptsächlich auf den Lobus parietalis, reicht abwärts bis zur Fossa Sylvii, nach vorne nimmt dieselbe das hintere Drittel des Frontallappens in Anspruch. Anderwärts sind die Gehirnhäute, die Anämie abgerechnet, unverändert. In den Ventrikeln etwas vermehrtes, reines Serum. Die Plexi anämisch, das Gehirn desgleichen, konsistent.

In der Bauchhöhle keine Flüssigkeitsansammlung, Bauchfell glänzend, ausgenommen die später zu besprechende Veränderung der Leberkapsel. Zwerchfellstand r. IV, l. IV—V. In der linken Brusthöhle 1 l Flüssigkeit, deren obere Schicht rötlich, die tiefere Schicht mit eitrig-fibrinösen Flocken gemischt ist. Die linke Lunge ist bis zur Wirbelsäule retrahiert, unterer Lappen stark zusammengeprefst, die Pleura ist besonders hinten mit eitrig-fibrinösen Membranen bedeckt. Der untere Lappen hat Fleischkonsistenz, ist luftleer, dunkelrot. An dem Zwerchfellende ist an einer

nufsgrofsen Stelle dunkelschwarzrote Färbung sichtbar, und es erweist sich hier die Lunge beim Einschneiden als durchblutet, an der Grenze trüb, serös durchtränkt. Eine hierher führende, sondendicke Arterie ist mit gelblichem Gerinnsel verstopft. Die hinteren Teile der rechten Lunge cyanotisch, zusammengefallen, luftarm. Brustfell überall glänzend, Schnittfläche bluthaltig. Die hinteren Partien dunkel cyanotisch.

Im Herzbeutel ziemlich reines Serum, das Perikard an dem der linken Brusthälfte näher liegenden Teile etwas injizierter, doch nicht mit Fibrin bedeckt. In der dilatierten, rechten Herzhälfte viel sulziges, bernsteingelbes Gerinnsel, Muskulatur schwächlicher, Klappen unversehrt, Aortarohr etwas dicker.

Tonsillen, Rachenschleimhaut cyanotisch, Kehlkopf, Luftrohr, Zunge ebenfalls injiziert, im unteren Teile des Oesophagus ein wenig Flüssigkeit.

Milz hauptsächlich im Dickendurchmesser vergröfsert, $1^1/_2$ mal gröfser als normal, Gewicht 300 g. Pulpa hier dunkler, dort heller bräunlichrot, weich, leicht auszuschaben.

Nieren cyanotisch, aber troz der starken Hyperämie der an der Oberfläche und an der Grenze der Pyramiden gelegenen Gefäfse ist der gräuliche Grundton zu erkennen. Die Nieren sind etwas gröfser, haben ihre embryonale Gelapptheit beibehalten.

Leber etwas vergröfsert, hauptsächlich der Dicke nach, wiegt 1900 g. Das Leberparenchym zeigt unter der Kapsel nicht gleichförmige Zeichnung, indem es fleckenweise entweder dunkel-cyanotisch, mit groben Konturen und geschwollenen Acini, oder aber blutärmer und ein wenig eingesunken ist. Die letzteren Stellen machen den gröfseren Teil des Leberparenchyms aus. Dieselben Unterschiede sind auch auf der Schnittfläche vorhanden. Über den prominenten, dunkler roten, annähernd hellergrofsen Flecken ist die Leberkapsel an mehreren Stellen circumskript mit Fibrinbelag versehen, hauptsächlich über dem rechten Lappen. Konsistenz der Leber ziemlich brüchig, Gallenblase enthält verhältnismäfsig wenig dünnflüssige Galle.

In den Gedärmen gelblicher, breiiger, in dem Dickdarm etwas konsistenterer Inhalt und ein Ascaris weiblichen Geschlechtes. Darmschleimhaut blafs, Magenschleimhaut gleichfalls.

Das Rückenmark zeigt makroskopisch, ein wenig Weichheit abgerechnet, nichts Besonderes.

Blase kontrahiert, ihre Schleimhaut blafs, äufserer Muttermund an beiden Seiten mit vernarbten, kleinen Rissen, Uterus etwas gröfser, anteflektiert, Schleimhaut blafs; Eierstöcke gefurcht, im linken eine dünnwandige, nufsgrofse, mit Serum gefüllte Cyste.

Diagnose: Pemphigus foliaceus. Meningitis seroso-purulenta convexitatis hemispherae sinistr. cerebri. Pleuritis sero-

fibrinosa purulenta sinistra. Compressio pulmon. sin., infarctus haemorrhagicus et suppuratio lobi inf. pulmon. sinistr. ex embolia septica ramuli arteriae pulmonal. Tumor acutus lienis, degeneratio parenchymatosa renum. Hepatitis parenchymatosa disseminata cum perihepatitide fibrinosa. Hydrops follicul. ovarii sinistri.

Zu erwähnen wäre noch, daſs aus der Milz Streptokokken in Reinkultur gezüchtet werden konnten, ebenso wie aus dem intracerebralen Eiter, wie auch aus dem trüben Serum in der Nähe des Lungeninfarktes.

Die histologische Untersuchung der Haut ergab ein sehr ausgeprägtes Ödem der Cutis sowohl wie der Epidermis, maximale Erweiterung sämtlicher Gefäſse, mäſsig reichliches Infiltrat des Coriums, welches in der Hauptmasse aus Lymphocyten besteht. Eosinophile Zellen konnten nur zerstreut und in verschwindend geringer Zahl gefunden werden. An manchen Stellen liegt das nackte Corium zutage oder es fehlt nur die Hornschichte über dem ödematösen Rete oder endlich ist die ganze Epidermis abgehoben, welche infolge der serösen Durchfeuchtung seine Kernfärbbarkeit und Zellkonturen einbüſst, wodurch das Bild einer fast homogenen, von freien Kernen durchsetzten Masse entsteht. Stellenweise sind die Zeichen einer Regeneration der Epidermis (Verlängerung der Retezapfen, Mitosen) sichtbar.

Bevor ich auf die an der Lebenden gemachten Blutuntersuchung übergehe, möchte ich die bisherigen hauptsächlichsten, hämatologischen Befunde bei Pemphigus im allgemeinen und speziell bei Pemphigus foliaceus im voraus berühren. Es sei gleich hier bemerkt, daſs die im Blute bisher beschriebenen Veränderungen nicht gleichförmig und konstant sind und daſs von einem gesetzmäſsigen Vorkommen derselben durchaus keine Rede sein kann.

Die Vermehrung der eosinophilen Leukocyten war die einzige Veränderung, welche man lange Zeit für gewisse Formen des Pemphigus für bezeichnend hielt, doch nach und nach erweist sich, daſs dieses Symptom durchaus nicht solche Wichtigkeit in der Pathologie dieser Erkrankungen hat, wie es einige hielten.

Die Eosinophilie hielt man hauptsächlich für die Dermatitis herpetiformis Duhring typisch, und zwar in einem Grade, daſs man dieses Symptom zur Stellung der Diagnose resp. zur Unterscheidung von anderen Formen der mit Blasenbildung einhergehenden Dermatosen brauchbar hielt. Leredde meint gar auf Grund der hochgradigen Eosinophilie, daſs die Duhringsche Dermatose eine Blutkrankheit sei, deren Ursprung er ins Knochenmark verlegt, während er das Zustandekommen der Hautveränderungen in der Weise erklärt, daſs der Organismus sich der übermäſsig vermehrten eosinophilen Leukocyten durch die Haut gleichsam ent-

ledigen will. Es stellte sich aber einerseits heraus, dafs die Hypereosinophilie bei der DUHRINGschen Dermatose nicht so gesetzmäfsig vorkommt, wie es viele hielten, andererseits wiesen die Untersuchungen ZAPPERTS, CANONS und anderer nach, dafs die Zahl der eosinophilen Blutzellen auch bei anderen, stark ausgebreiteten Dermatosen vermehrt ist. „Schade," klagt HEUSS, der sich auch für die Selbständigkeit der DUHRINGschen Krankheit aussprach und einen Beweis hierfür eben in der Eosinophilie zu erbringen trachtete, „dafs auch bei anderen Hautkrankheiten, Scabies, Pemphigus, Herpes, Ekzem usw. reichlich eosinophile Zellen gefunden werden." Es ist also ganz natürlich, dafs diese Blutveränderung keinesfalls als ein vom Standpunkte der Differentialdiagnose wichtiges Symptom betrachtet werden kann.

Noch weniger begründet ist jene Anschauung, welche die Eosinophilie für sämtliche Typen der mit Bläschenbildung einhergehenden Dermatosen pathognomostisch hält und auf der myelogenen Herkunft der eosinophilen Leukocyten fufsend — auf Grund spärlicher hämatologischer Befunde — das Wesen der erwähnten Krankheitsprozesse in einer pathologischen Veränderung des Knochenmarkes erblickt. Der Begründer dieser Theorie ist LEREDDE, der nach seinen histologischen und hämatologischen Untersuchungen die DUHRINGsche Krankheit mit dem Pemphigus foliaceus und dem NEUMANN-HALLOPEAUschen Pemphigus vegetans identisch anspricht und meint, dafs dieselben die nur klinisch verschiedenen Typen ein und derselben Grundkrankheit bilden. Nach ihm bildet bei diesen drei Erkrankungen die Eosinophilie die das Wesen der Krankheit ausmachende pathologische Veränderung. Dieselbe offenbart sich nicht nur in der beträchtlichen Vermehrung der eosinophilen Leukocyten im Blute (8 bis 33 % statt 1 bis 2 %), sondern auch darin, dafs diese Zellformen in den Blutgefäfsen der Haut, im perivaskulären Bindegewebe, in den Lücken der Epithelzellen und im Inhalt der Bläschen auch in grofser Menge anzutreffen sind, so dafs man an eine durch die Haut stattfindende Elimination derselben denken kann. Die Eosinophilie führt LEREDDE auf die Erkrankung des Knochenmarkes — der nach seiner Ansicht sicheren Bildungsstätte der eosinophilen Zellformen — zurück und die erwähnten Erkrankungen als toxische (vielleicht bakteriotoxische) oder infektiöse Prozesse ansehend, nimmt er an, dafs die supponierten Toxine auf das Knochenmark primär einwirken, während die Hautveränderungen nur sekundär infolge der durch die Erkrankung des Knochenmarkes hervorgerufenen Blutveränderung (Eosinophilie) resp. infolge der durch das krankhaft funktionierende Knochenmark produzierten toxischen Substanzen zustandekommen. Als ein Argument für die Erkrankung des Knochenmarkes erwähnt LEREDDE auch noch, dafs er in einigen Fällen, besonders bei Pemphigus foliaceus, aufser den

eosinophilen Zellen in kleinerer Menge solche pathologische Leukocytenformen gefunden hatte, welche ohne Frage (?) dem veränderten Knochenmark entstammten; ferner weist er auf das mit Osteomalacie und arthritischen Veränderungen einhergehende Vorkommen dieser Krankheiten hin. Allen diesen zufolge faſst er die DUHRINGsche Krankheit, den Pemphigus foliaceus und vegetans unter dem Namen „Hämatodermitiden“ in eine Krankheitsgruppe zusammen.

Unsererseits können wir die Folgerungen LEREDDEs zur Erklärung der Pathogenese dieser Erkrankungen durchaus nicht anerkennen. Es ist fast überflüssig, zu betonen, wie unbegründet und nichtssagend LEREDDEs Hinweis auf das simultane Vorkommen der Bläschenerkrankung mit Osteomalacie, „Rheumatisme chronique deformant“, „Atrophie en masse du squelette des mains et des pieds“, Arthralgien und Arthropathien ist; ebensowenig braucht die Behauptung des näheren gestützt zu werden, daſs das spärliche Vorkommen jener pathologischen Leukocytenformen im Blute, deren myelogenen Ursprung LEREDDE für wahrscheinlich hält, auch nicht die ausschlaggebende Bedeutung der Knochenmarkserkrankung beim Pemphigus foliaceus und den anderen zwei Krankheiten beweist. Bezüglich der Eosinophilie haben wir keine eigenen Erfahrungen. Doch wenn erfahrene Autoren das gesetzmäſsige Vorkommen der Eosinophilie bei den erwähnten Dermatosen in Frage ziehen, wenn wir selbst über den Ursprung dieser Zellformen noch im Unklaren sind, da wir nicht bestimmt wissen, ob sie aus dem Knochenmark (EHRLICH) oder autochthon aus fixen Bindegewebszellen (NEUSSER, GOLLASCH und LUKASIEWICZ, MÜLLER) oder aus Lymphocyten (WEIDENREICH) stammen, und wenn die Meinungen über die klinische Bedeutung dieser Blutveränderung sehr verschieden sind, dann halten wir LEREDDEs Ansicht, der auf Grund der beobachteten Eosinophilie ohne jede Untersuchung des Knochenmarkes den Ausgangspunkt der Krankheit in dasselbe verlegt, für sehr gewagt.

Endlich möchte ich noch die an 20 Pemphiguskranken der Klinik KAPOSI angestellten Blutuntersuchungen SCHREIBERs erwähnen. Die vom Autor noch nicht publizierten Ergebnisse faſst SPIEGLER (MRAČEK, Handbuch der Hautkrankheiten, II. Bd.) in folgendem zusammen: Es wurde gefunden, „daſs in leichten Fällen von Pemphigus die Zahl der polynuklearen eosinophilen Elemente in der Regel weder relativ noch absolut vermehrt war, in schweren Fällen hingegen mit einer konstant auftretenden neutrophilen polynuklearen Leukocytose auch die Zahl der grobgranulierten polynuklearen Elemente vermehrt war. Die roten Blutkörperchen zeigen bei leichteren Fällen meist normalen Befund, in schwereren Fällen bestand Chloranämie (Färbeindex zwischen 0,9—0,7 bei mäſsiger Verminderung der Erythrocytenzahl). CHARCOTsche Kristalle wurden niemals im Pemphigusblute gesehen. In einzelnen Fällen von schwerem und

langdauerndem Pemphigus fanden sich spärliche Erythroblasten (Normoblasten) und vereinzelte mononukleare Leukocyten mit neutrophilen Granulationen (EHRLICHsche Markzellen)."

Man kann also behaupten, daſs die bisherigen hämatologischen Befunde betreffs des Pemphigus im allgemeinen oder seiner einzelnen Typen auf eine bezeichnende pathologische Blutveränderung keine Folgerungen zulassen, „daſs auſserdem bei ein und demselben Individuum diejenigen Verhältnisse, denen eine besondere Bedeutung in dieser Beziehung zugesprochen wird, den gröſsten Schwankungen unterliegen." (SPIEGLER.)

In unserem Falle haben wir eine Blutuntersuchung am Lebenden leider nur einmal, und zwar einen Tag vor dem Tode vorgenommen. Vor allem wollen wir die bakteriologische Untersuchung des Blutes besprechen. Für kulturelle Zwecke verteilten wir 20 ccm auf sterilem Wege aus der Vena mediana gewonnenen Blutes in zwei groſse (200 ccm) Bouillon- und in acht, 40° heiſse Agarportionen, welch letztere sogleich in PETRIsche Schalen ausgegossen wurden. Trotz der groſsen Blutmenge blieben unsere Reagenzröhren auch nach 72 Stunden steril. Anärobe Züchtung hatten wir nicht versucht. Die hämatologische Untersuchung des Blutes ergab folgendes: 18 Stunden ante mortem Zahl der roten Blutkörperchen = 4000000 im ccm, während die Leukocytenmenge = 800. Mit Rücksicht auf diese hochgradige Leukopenie — um eventuelle Fehler zu vermeiden — nahmen wir eine Stunde später noch eine Leukocytenzählung vor und bekamen als Ergebnis 1200 im ccm. Zur Zählung benutzten wir die TÜRKsche Zählkammer, zählten jede Rubrik durch und nahmen den Mittelwert von drei verschiedenen Zahlgruppen und konnten solcherweise das Vorhandensein der hochgradigen Leukopenie definitiv feststellen.

Unsere Präparate färbten wir nach in Methylalkohol oder durch Hitze erfolgten Fixation mit der GIEMSAschen Azureosinlösung oder mit Triacid, die nicht fixierten Präparate mit JENNERscher Lösung. Die roten Blutkörperchen zeigen einige Polychromatophilie, wenig ausgesprochene Anisocytosis, kaum sichtbare Blutplättchen. Die Zahl der Leukocyten ist in hohem Grade verringert, im Durchschnitt kam auf je 10—15 Gesichtsfeld ein weiſses Blutkörperchen, so daſs etwa nach Durchmusterung von zwölf Deckglaspräparaten wir in allem 60 Leukocyten finden konnten. Von diesen 60 waren nur zwei polynukleare, mäſsig gekörnte Leukocyten, die übrigen waren kleine, aber hauptsächlich groſse, einkernige, weiſse Blutzellen (Lymphocyten) und Übergangsformen, deren Protoplasma sich stärker färbt, während der Kern die basischen Farbstoffe schwerer aufnimmt. Eosinophile und basophile Granulationen haben wir überhaupt nicht gefunden. Wegen der geringen Leukocytenzahl machten wir keine prozentuale Klassifikation der Zellformen. Dieser Blutbefund machte es wahrscheinlich, daſs die leuko-

cytenbildenden Organe stark in ihrer Funktion gestört waren, dafs eine ziemlich hochgradige Insuffizienz derselben bestand, wie das nur bei sehr schweren Infektionen vorkommt.

Das Knochenmark zeigte folgende Veränderungen (Doz. VESZPRÈMI): In allen Partien der untersuchten Präparate — hier weniger, dort dichter — sind gleichmäfsig grofse Fettklümpchen sichtbar. Zwischen denselben schmale, stellenweise aber ziemlich breite, zellreiche Partien, in welchen bei starker Vergröfserung die im Knochenmark auch normalerweise vorkommenden Zellformen anzutreffen sind. Die kleinen, dunkelkernigen, mononukleären, weifsen Blutzellen (Lymphocyten) sind in kleinerer Anzahl als sonst vorhanden, demgegenüber finden wir in grofser Anzahl grofse, blasse Mononukleären, hier und da mit bläulicher, feiner Körnung. Unter diesen grofsen Lymphocyten, deren Zahl die Norm jedenfalls übertrifft, sehen wir in je zwei bis drei Gesichtsfeldern Kernteilungsfiguren, im Spirem- und Monasterstadium, mit Äquatorialplatten. In den letzteren sind auch die feinen Chromatinfäden gut zu erkennen. Einkernige, eosinophile Zellen sind auch in genug grofer Anzahl vorhanden. Grofse Riesenkernzellen in gewöhnlicher Menge mit phantastisch gelapptem, dunklem, chromatinreichem Kern, deren einige aus groben Chromatinschleifen bestehen und an mitotische Prozesse erinnern. Die roten Blutkörper bilden teils verschieden grofse, miteinander zusammenfliefsende Felder, auch füllen sie kleine Lücken aus. Ihre Gröfse, Gestalt, Färbung ist gleichmäfsig. Nur nach langem Suchen finden sich ein bis zwei kernhaltige rote Blutkörper.

Wenn wir die nativen Blutpräparate mit den Knochenmarksveränderungen vergleichen, müssen wir zwischen beiden einigen Zusammenhang erkennen. Denn im nativen Blutpräparat waren fast ausschliefslich die grofsen Lymphocyten (und auch die Übergangsformen) vorhanden und im Knochenmark waren dieselben Zellformen, wenn auch in geringerem Grade, vermehrt. Es ist zu betonen, dafs eosinophile Zellen, obgleich sie im Knochenmark in beträchtlicher Anzahl vorhanden waren, im nativen Blutpräparate nicht gefunden wurden.

Einen ähnlichen, auf die Vermehrung der Lymphocyten, und zwar der grofsen mononukleären, konkludierenden Blutbefund hat PELAGATTI in einem Falle universellen Pemphigus erhoben. Der Fall betrifft einen 60jährigen Mann, bei dem die (ebenfalls) einen Tag vor dem Tode vorgenommene Blutuntersuchung folgende Veränderungen ergab: Zahl der roten Blutkörperchen stark vermindert = 2300000, die der Leukocyten vermehrt = 12500. Die verschiedenen Leukocytenformen zeigten folgende prozentuale Verteilung: Kleine mononukleäre (Lymphocyten) 2%, grofse mononukleäre zusammen 36% (darunter Leuko-

cyten mit hämogenem Protoplasma 14%, neutrophile Myelocyten 4% und Übergangsformen 18%), polynukleäre neutrophile Leukocyten 61% und polynukleäre eosinophile Leukocyten 1%. — In den Stichpräparaten des Knochenmarkes waren die großen mononukleären Leukocyten in der weitaus größten Zahl vertreten, sie bildeten 75% sämtlicher Zellformen. Die Zahl der eosinophilen mononukleären Leukocyten war 12%, die der Lymphocyten 7%, die der Mononukleären mit basophilen und neutrophilen Granulationen 6%. Die polynukleären Leukocyten machten höchstens ½% sämtlicher weißer Blutkörper aus. In den gefärbten Präparaten des Knochenmarkes konnte eine ähnliche Verteilung und Morphologie der Leukocyten festgestellt werden.

Nach Pelagatti muß die hochgradige Mononukleose als eine Verteidigungsmaßregel des Organismus gegen eine Infektion oder Intoxikation aufgefaßt werden. Als Anhänger der toxischen Theorie des Pemphigus nimmt nun Pelagatti an, daß dieses supponierte und im Blute kreisende Gift in seinem Falle auf die zelligen Elemente des Blutes, in erster Reihe auf die weißen Blutkörperchen, eine starke toxische Wirkung ausgeübt hat, durch die das Knochenmark in aktiven, funktionierenden Zustand zurückversetzt wurde. Da die Zahl der normalerweise vorhandenen Leukocyten nicht hinreicht, den Kampf mit dem im Blute kreisenden Gifte aufzunehmen, sorgt das funktionsfähig gewordene Knochenmark für die Produktion der nötigen Elemente. Die Hautveränderungen entstünden infolge direkter Einwirkung der toxischen Substanz auf die Wandungen der Hautgefäße, also nicht erst sekundär, wie dies Leredde annimmt. Nach dieser, dem Autor einzig möglichen Pathogenese ist der Pemphigus eine Krankheit des Blutes und gehört zu der von Leredde aufgestellten Gruppe der „Hämatodermitiden". — Nur meint Pelagatti, daß es falsch ist, wenn Leredde angibt, daß bei den verschiedenen zu den Hämatodermitiden gerechneten Affektionen die Veränderungen des Blutes und speziell der weißen Blutkörperchen stets die gleichen sind und daß der Vermehrung der Eosinophilen die größte Bedeutung zukäme. Richtig ist vielmehr, daß der größte Wert auf das Verhalten der großen Mononukleären zu legen ist und daß überhaupt jede der zu den Hämatodermitiden gezählten Affektionen eine andere leukocytäre Formel aufweist und daß auch ein und dieselbe Affektion bei verschiedenen Menschen Verschiedenheiten dieser Formel erkennen läßt.

Die von Pelagatti gezogenen Schlüsse haben nach unserer Ansicht nur einen hypothetischen Wert. Daß wir sie im Anschluß an unseren Fall trotzdem eingehender besprachen, geschah nur deswegen, um gegen die Ansicht Stellung nehmen zu können, welche auf Grund von spärlichen hämatologischen Befunden den Pemphigus als eine Blutkrankheit auffaßt

und in den Veränderungen des Blutes resp. der hämatopoietischen Organe das Wesentliche dieser Krankheitsprozesse erblickt. Die Befürchtungen, die wir gegen die Schlüsse PELAGATTIS hegen, bestehen in demselben Maſse auch bei der Beurteilung des Wertes unserer eigenen Beobachtungen, welche zu definitiven Schluſsfolgerungen ebensowenig berechtigen als die Beobachtungen PELAGATTIS. Es muſs nämlich berücksichtigt werden, daſs nur eine einzige Blutuntersuchung und diese auch unmittelbar vor dem Tode stattfand, zu einer Zeit also, wo sich die deletäre Wirkung eines wahrscheinlich toxischen oder infektiösen Krankheitserregers schon auf den ganzen Organismus erstreckte; des weiteren sind die durch die stark herabgesetzte Herztätigkeit verursachten Zirkulationsstörungen und die im letzten Stadium der Krankheit auftretenden Erscheinungen der Pyämie (Pleuritis, Infarctus pulm., arthritische Veränderungen, Phlegmone, Leber- und Milztumor, Meningitis purulenta usw.) zu beachten, und endlich müssen wir bei der Beurteilung der vorgefundenen Veränderungen den Umstand vor Augen halten, daſs ein ähnliches Blutbild bei sehr vielen infektiösen, zu hochgradiger Erschöpfung des Organismus führenden Krankheitsprozessen beobachtet werden kann. Ähnliche, wenn auch nicht dieselben Bedenken können gegen die Befunde PELAGATTIS erhoben werden.

All dies berücksichtigend, enthalten wir uns in unserem Falle einer definitiven Stellungnahme und wollen in der Koinzidenz des Pemphigus mit den beschriebenen Blut- resp. Knochenmarksveränderungen keinen pathogenetischen Zusammenhang erblicken. Natürlich erscheint es a priori nicht unmöglich, daſs dem ursächlichen Faktor des Pemphigus — vermutlich ein Agens infektiöser resp. toxischer Natur — auch im Zustandekommen der Blut- und Knochenmarksveränderungen eine bedeutende Rolle zukam.

Jedenfalls wäre es erwünscht, in jedem Falle von Pemphigus die quantitativen und qualitativen Veränderungen der Leukocyten vom Beginne der Erkrankung bis zum eventuell eintretenden Exitus genau zu kontrollieren und die hierbei gewonnenen Resultate mit den Veränderungen des Knochenmarkes zu vergleichen. Solange aber die mit groſser Präzision und systematisch durchzuführenden hämatologischen Untersuchungen nicht auf einem groſsen Krankenmaterial vorgenommen werden und solange die am Lebenden beobachteten Abweichungen vom normalen Blutbilde mit den in der Leiche gefundenen pathologischen Veränderungen und in erster Reihe mit den durch genaue histologische Untersuchungen festzustellenden Versänderungen des Knochenmarkes nicht in gröſserer Zahl in Einklang gebracht werden können, solange sind wir zu Schluſsfolgerungen im Sinne der zitierten Autoren

nicht berechtigt. Die Theorie, nach welcher dem Blute die Hauptrolle bei der Entstehung des Pemphigus zukommt, im Sinne nämlich, dafs die toxischen Körper, die wir als Erreger des Pemphigus supponieren, primär auf die blutbereitenden Organe (Knochenmark) resp. auf die zelligen Elemente des Blutes einwirken, wird durch die bisherigen klinischen und histologischen Erfahrungen nicht bestätigt, und deshalb ist die Auffassung der verschiedenen Formen des Pemphigus als „Hämatodermitiden“ vorläufig eine Hypothese, welche der sicheren Grundlage entbehrt.

Meinem hochverehrten Chef, Herrn Prof. von Marschalkó, bin ich für die wohlwollende Unterstützung zu ergebenstem Danke verpflichtet.

Literatur.

Canon, Über eosinophile Zellen und Mastzellen im Blute Gesunder und Kranker. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1892. Nr. 10.

Ehrlich - Lazarus, Normale und pathologische Histologie des Blutes. Nothnagel, Spezielle Pathologie und Therapie. 1901. Bd. VIII.

Grawitz, Klinische Pathologie des Blutes. 1896.

Hallopeau et Fournier, Sur trois cas de pemph. foliacè. *Annal. de Derm.* 1892.

Heuss, Ein Fall von Duhringscher Krankheit. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXII.

Jarisch, Die Hautkrankheiten. 1900.

Kreibich, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1904.

Leredde et Perrin, Anat. path. de la dermatose de Duhring. *Annal. de Derm.* 1895.

Leredde, Nouvelle note sur les caractères anatomiques de la dermatose de Duhring. *Soc. derm. Francaise.* 1896.

Leredde, Über einen Fall von Hallopeauscher Dermatitis. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1898.

Leredde, Sur une haematodermite d'origine toxique. *Annal. de Derm.* 1898.

Leredde, Étude sur le pemphigus foliaceus de Cazenave. *Annal. de Derm.* 1899.

Neusser, Klinisch-hämatologische Mitteilungen. *Wien. klin. Wochenschr.* 1892.

Nikolszki, Le pemphigus foliacé de Cazenave. *Thèse de Kieff.* 1896. (Ref.)

Pelagatti, Altérations de la moelle osseus dans un cas de pemphigus. *Revue pratique des mal. cut., syph. et véner.* 1905. Nr. 3.

Spiegler, Pemphigus chronicus. Mračeks Handb. d. Hautkrankheiten. 1905.

Sternberg, Pathologie des Blutes. Lubarsch-Ostertag, Ergebn. der allg. Path. 1905.

Verotti, L'éosinophilie sanguine et cutanée dans la dermatite de Duhring et dans le pemphigus vulgaire. Ref.: *Revue pratique des mal. cut., syph. et véner.* 1905. Nr. 9.

Zappert, Über das Vorkommen der eosinophilen Zellen im anämischen Blute. *Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. XXIII.

Aus der Praxis.

Über Mergal, ein neues Antisyphilitikum.

Von

Dr. LEO LEISTIKOW.

Zu den alten bewährten Quecksilbermitteln, dem Hydrargyrum jodatum flavum, bijodatum rubrum und Hydrargyrum tannicum ist in jüngster Zeit ein neues Quecksilberpräparat für den innerlichen Gebrauch getreten, das von der chemischen Fabrik von J. D. Riedel, Berlin, hergestellte und von Boss[1] zuerst eingeführte Mergal.

Dasselbe besteht aus einer Mischung von Tanninalbuminat mit cholsaurem Quecksilberoxyd und wird in Form von Kapseln in den Handel gebracht. Jede Mergalkapsel enthält 0,05 cholsaures Quecksilberoxyd und 0,1 Albuminum tannicum.

Ich habe nun in einer Reihe von 20 Fällen von primärer, sekundärer und tertiärer Syphilis das Mergal angewandt und mich im allgemeinen an die von Boss empfohlene Dosierung gehalten. Es wurden zunächst drei, später fünf bis sechs Kapseln pro die drei bis sechs Wochen lang verordnet. Die Kapseln sind gleich nach der Mahlzeit zu nehmen, auf reizlose Diät und peinliche Mundpflege ist wie bei jeder Hg-Kur auch hier zu achten.

Es wäre zu weitläufig, ausführliche Krankengeschichten zu bringen. Ich will nur erwähnen, daſs von den 20 Fällen sechs frisch infizierte Personen betrafen, welche sofort beim Auftreten der Roseola und sekundärer Schleimhautsyphilis mit Mergal behandelt wurden. Der Erfolg war ein günstiger und einer Schmierkur durchaus ebenbürtig. In sieben der Fälle handelte es sich um Rezidive der Haut und Schleimhaut der späten Sekundärperiode. Auch diese wichen prompt einer mehrwöchentlichen Mergalverordnung.

Die restierenden sieben Fälle betrafen tertiäre Syphilide und Gummata der Haut. Während ich bisher diese mit der RICORDschen Mixtur

Kal. jodat.	10,00
Hydr. bijodat. rubr.	0,25
Aq. destill.	300,00

M. S. 3mal tägl. 1 Eſslöffel

[1] Boss, Die Behandlung der Syphilis mit Mergal. *Medizinische Klinik.* 1906. Nr. 30.

zu behandeln pflegte, verordnete ich hier zunächst mehrere Wochen Mergal, bis die Erscheinungen verschwunden waren, und gab dann erst Kal. jodat. resp. Jodrubidium als Nachkur.

Als Anhänger der Schmierkur liegt es mir fern, jeden Fall von recenter Lues mit Quecksilber intern zu behandeln. In allen denjenigen Fällen aber, wo eine Schmierkur nicht angebracht ist, möchte ich warm einer Mergalkur das Wort reden.

So traten bei zwei Patienten, welche sich eben einer Schmierkur unterzogen hatten, heftige Quecksilberdermatitiden auf. Ich leitete nun eine Hg salicyl.-Injektionskur ein. Bei dem einen entwickelte sich ein zwar nicht abscedierendes, aber doch schmerzhaftes Infiltrat, der andere war zu einer Wiederholung der Injektion nicht zu bewegen. Wie froh war ich, im Mergal ein Mittel an der Hand zu haben, das gut vertragen wurde und die Krankheitserscheinungen schnell beseitigte. Bei einem anderen Patienten, bei dem ich eine Schmierkur eingeleitet hatte, zwang eine Stomatitis zur Unterbrechung derselben. Die letztere schwand schnell auf lokale Ätzung mit 20%iger Chromsäure. Gleich nach dem Einsetzen der Stomatitis ordinierte ich, um nicht die Hg-Kur zu unterbrechen, Mergalkapseln zwei Stück pro die und hatte die Freude, dafs die Krankheitssymptome schwanden und trotzdem die Abheilnng der Stomatitis prompt von statten ging.

In keinem Falle sah ich Reizerscheinungen von seiten des Magens und Darms, welche bei den bisher bekannten, intern gegebenen Hg-Salzen leicht auftraten.

So glaube ich denn, den Herren Kollegen das Mergal als ein gutes Ersatzmittel für Schmier- und Injektionskur empfehlen zu können, besonders dann, wenn Hg-Dermatitiden oder Stomatitis die Fortführung dieser Behandlungsmethoden nicht gestatten. Gibt man kleine Mergaldosen, wenn eine Stomatitis aufgetreten ist, so hat man nicht nötig, die Kur zu unterbrechen. Bei allen tertiär-syphilitischen Erscheinungen der Haut ist eine Mergalkur der Schmierkur durchaus ebenbürtig.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. Februar 1907.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

1. KROMAYER demonstriert den Entwicklungsgang und die neueste Form der **Quarzlampe.** Besonderes Gewicht wird auf die Handlichkeit des Instrumentes gelegt und auf die Möglichkeit, durch Vorschalten eines blauen Filters (Methylenblaudurchspülung) die durch die kurzwelligen ultravioletten Strahlen erzeugten Hautverbrennungen zu vermeiden.

Diskussion: FR. SCHULTZ stellt einige Forderungen, die erfüllt sein müssen, ehe man das Instrument als praktisch brauchbar bezeichnen kann. Es müssen nicht nur die oberflächlich wirkenden kurzwelligen Strahlen des äufsersten ultravioletten Teils des Spektrums ausgeschaltet werden, sondern es mufs durch genaue Messung der noch vorhandenen Strahlen festgestellt werden, ob überhaupt noch ausreichend viele tiefdringende Strahlen im ultravioletten Teile vorhanden sind. Diese Untersuchungen sind bisher nur für die Finsenlampe und für das Sonnenlicht angestellt worden und fehlen noch für die Quarzlampe. Möglicherweise liefse sich durch Verwendung des SCHOTTschen Glas- und Quarzflufsgemisches überhaupt eine Verbilligung der Lampe erzielen. Auswechselbare Kompressorien liefsen sich mit dem Druckverschlufs von JESIONEK (Bierflaschenverschlufs) sehr leicht anbringen.

2. LEDERMANN demonstriert zwei junge Männer mit frischer Syphilis, die beide den Primäraffekt am Daumen haben.

3. HOLLÄNDER demonstriert a) das Original eines **Lepraverkündigungszettels,** der zur Aufforderung zur Lepraschau diente und im Jahre 1623 an der Sebalduskirche in Nürnberg angeschlagen war; b) die Photographie eines **Leprazettels** aus der St. Jakobskapelle in Haarlem, wie ihn die Leprösen als sichtbares Zeichen privilegierten Bettels trugen (1612).

4. HOLLÄNDER demonstriert ein kleines **primäres Rundzellensarkom,** das er an der Schulter einer Frau entfernt hat, und einen grofsen, **warzigen Tumor** vom Gesäfs eines 45jährigen Mannes, der seit der Geburt bestanden haben soll und eigentümliche, tief unter die Hautoberfläche hinabgehende Wucherungen erzeugt hat.

5. HOLLÄNDER demonstriert einen Mann und eine Frau mit **syphilitischer Gelenksentzündung.** Letztere Patientin trägt ein lange bestehendes follikuläres, kleinpapulöses Syphilid.

6. ARNDT demonstriert den Patienten mit **Lichen ruber verrucosus der Kopfhaut** aus der Januarsitzung und die mikroskopischen Schnitte aus der exstirpierten Affektion, welche die Diagnose bestätigen. Es besteht eine starke kleinzellige Infiltration besonders um die Haarfollikel und Schweifsdrüsen.

7. ARNDT demonstriert einen jungen Mann mit **idiopathischer Hautatrophie** am Vorderarm, in welcher **sklerodermieartige** Herde sich befinden.

Diskussion: KROMAYER kann an dem aufgestellten mikroskopischen Schnitt nichts für Sklerodermie Charakteristisches sehen und bezweifelt auch klinisch die Auffassung ARNDTS.

8. PHOTINOS demonstriert auf SABOURAUDS Nährboden gewachsene **Kulturen von Trichophyton und von Mikrosporon.** Letztere Pilze wurden an Affen entdeckt.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Januar 1907. Bd. 83, Heft 1.

I. **Experimentelle Erzeugung von Hidrocystomen**, von TONSIMATSU SCHIDACHI-Tokio. Die als Hidrocystom klinisch jetzt gut bekannte Erkrankung ist theoretisch nicht ohne Interesse. Die Frage nach der Entstehung der Schweifscysten ist verschieden beantwortet worden. Der wichtigste tatsächliche Befund ist das von JARISCH betonte Fehlen der Ausführungsgänge peripherwärts von den Cysten. An JADASSOHNS Klinik wurden Versuche gemacht, experimentell die Erzeugung solcher Hidrocystome zu erwirken, und zwar an Katzenpfoten. Es zeigte sich, dafs in der Tat durch eine Durchtrennung der Schweisdrüsenausführungsgänge, durch welche ihr peripherer Abschnitt aufser Funktion gesetzt wird, eine Cystenbildung zustande kommt, welche nach allen Richtungen mit den Hidrocystomen des Menschen übereinstimmt. Diese Cysten gingen alle unzweifelhaft von den Ausführungsgängen und nicht von den Drüsen selbst aus. Die Ätiologie des Hidrocystoms kann eine komplexe sein, nervöse und hereditäre Einflüsse (Hyperhidrosis), von innen und von aufsen bedingte akute und chronische Entzündungen, event. auch kongenitale Anomalien der Ausführungsgänge können zusammenwirken, um das an sich sehr einförmige Bild des Hidrocystoms zu bedingen. An eine naevusartige Bildung im Sinne DARIERS braucht man nicht zu denken, und auch die Annahme eines kongenitalen Fehlens der peripheren Gangteile scheint unwahrscheinlicher, als die einer extrauterinen Zerstörung.

II. **Über Lupus erythematodes des Lippenrots und der Mundschleimhaut**, von OTTO KREN-Wien. An RIEHLS Klinik wurden in letzter Zeit vier Fälle von Lupus erythematodes des Lippenrots und der Mundschleimhaut beobachtet und genau beschrieben. Es ergibt sich bei diesen ausgeprägten, nicht allzu frischen Fällen folgendes Bild. Der Lupus erythematodes der Mundschleimhaut repräsentiert sich in typischen Fällen als oberflächliche Entzündung, die sich nach aufsen gegen die gesunde Schleimhaut meist in scharfen Grenzen abhebt. Die Randzone der einzelnen Herde ist eleviert und flacht sich gegen die Umgebung langsam ab, während sie gegen das Zentrum steil abfällt. So beschaffene Ränder sind dann stets dunkelrot und zeigen bei näherem Zusehen einzelne erweiterte, äufserst dicht stehende, radiär gestellte Gefäfschen, die sich in die Umgebung langsam verlieren. Das Zentrum solcher Herde läfst eine atrophische, glatte, häufig violettrote Schleimhaut erkennen, die mit zahllosen weifsen oder blauweifslichen, äufserst zarten, teils dicht, teils weniger dicht gestellten Pünktchen und Streifchen bedeckt ist. Nirgends finden sich gröfsere polygonale weifse Felder. In den zentralen Partien der einzelnen Plaques sieht man öfters Erosionen und oberflächliche Ulcerationen mit gelblichen Auflagerungen, die nur sehr schwer abstreifbar sind. In alten Herden oder solchen, die keine so sehr akute Entzündung zeigen, ist dementsprechend das Bild der Randumsäumung verändert, die Blutgefäfse sind dann nicht so gefüllt, die Ränder erscheinen somit nicht dunkelrot, auch nicht so sehr eleviert, sondern zeigen in schmalen, wenig erhabenen Säumen eine Epithelverdickung, sind somit weifs oder blauweifslich. Charakteristisch sind nun die Ausläufer dieser Ränder, die sich reibeisenartig nach aufsen auffasern und dadurch eine äufserst zarte Zeichnung geben. Die Zentren dieser Plaques zeigen dieselben punkt- und streifchenförmigen Epithelverdickungen, wie die Plaques mit akuter Rand-

entzündung. Häufiger jedoch zeigen sie die beschriebenen belegten Erosionen und oberflächlichen Ulcerationen, die an manchen Stellen mit scharfen Rändern bis an die gesunde Schleimhaut reichen. Diese Plaques sitzen gern an der Wangenschleimhaut. Am Lippenrot sind die Erscheinungen ähnliche, die Plaques zeigen die gleichen Ränder mit der gleichen Gefäſsektasierung oder der gleichen feinen weiſsen Zeichnung. Innerhalb der Ränder tritt am Lippenrot das feine Netz der weiſsen Streifchen besonders schön hervor. Der Gesamtfarbenton der Lippe ist dann ein violetter, die Lippe ist leichtgeschwollen und häufig evertiert. In der Regel sieht man frische Fälle mit schuppenähnlichen, groſsen dünnen Epithellamellen und Blutkrusten so sehr bedeckt, daſs die geschilderten Details nur unvollkommen zu sehen sind. Sie sehen dann aus, als wenn sie mit Kollodium bestrichen und abblättern würden. Nach Maceration dieser Epithellamellen und Krusten sieht man konkav sich begrenzende, unregelmäſsige rote Felder im violetten, weiſs gesprenkelten Lippenrot. Besonders erwähnenswert ist die auffallend leichte Blutung des affizierten Lippenrots bei geringsten Bewegungen, während an der Mundschleimhaut dieses Phänomen nur höchst selten zu konstatieren ist; der Verlauf des Lupus erythematodes der Mundschleimhaut ist sehr hartnäckig, die Therapie schwierig.

III. **Sarkome und sarkoide Geschwülste,** von Gustav Fano†-Triest. Der erste Teil dieser Arbeit enthält die ausführliche Schilderung eines Falles von sarkoider Geschwulst und die mikroskopische Beschreibung eines endermischen Knotens sowie eines hypodermalen Knotens. (Fortsetzung folgt.)

IV. **Zur Kenntnis der Pityriasis lichenoides chronica**, von Erhard Riecke-Leipzig. Drei unter verschiedenen Namen beschriebene Krankheitsbilder bedürfen noch sehr der Klärung, nämlich die Pityriasis lichenoides chronica, die Parakeratosis variegata und die Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées von Brocq. Eine groſse angeführte Literatur zeigt dieses am deutlichsten. Auch an Rilles Klinik wurden in den letzten drei Jahren drei Fälle von Pityriasis lichenoides chronica beobachtet, deren Krankengeschichten hier mitgeteilt werden. Bei jedem der drei Fälle treten in charakteristischer Weise vorwiegend zwei Arten von Effloreszenzen prägnant zutage; erstens finden sich Knötchen, welche durch ihre scharfe Konturierung, ihr lachsfarbenes Aussehen, ihre flache Elevation, ihre mäſsige Derbheit und Hinterlassung eines gelblichen Infiltrats auf Druck im groſsen ganzen als durchaus gleichartig sich erwiesen. Es finden sich fernerhin als eine zweite Kategorie weniger scharf begrenzte, durchschnittlich linsen- bis fingernagelgroſse Flecke von gelblichroter bis braunroter Farbe vor, welche meistenteils durch eine lockere weiſsliche Desquamation ausgezeichnet sind. Sie entbehren jeglicher Derbheit, hinterlassen stellenweise einen gelblichen Farbenton auf Druck. Bemerkenswert ist die durch mechanische Irritation fast ausnahmslos deutlicher sich markierende Abschuppung.

Endlich lassen sich als Variante der beiden Fleckformen oder als Zwischenform der Papeln und Maculae gelbbraune bis blaſsgelbe fleckenförmige Effloreszenzen von Linsen- bis Daumennagelgröſse konstatieren, welche meist ziemlich scharf begrenzt sind. Die Oberfläche zeichnet sich durch eine leicht runzlige Beschaffenheit aus, durch prägnantes Hervortreten der Hautfelderung; eine lamellöse, gelbliche Schuppe, welche in der Peripherie zu weiſslichen Partikelchen aufgelockert sein kann, deckt diese Herde. Entfernt man die Schuppen mechanisch, so schwindet der Eindruck einer Papel, welcher durch dieselben gelegentlich hervorgerufen wird, während andererseits gerade diese Art von Effloreszenzen in ihrem klinischen Aussehen das Gepräge einer seichten Atrophie trägt. Anatomisch ist ebenfalls der Befund mit dem Typus der Pityriasis lichenoides übereinstimmend: kernhaltige Hornschicht, mäſsiges Zellinfiltrat in dem Corpus papillare, Durchsetzung der unteren Epidermisschichten mit Leukocyten,

deutliche Elevation des Knötchens einerseits, seichte Depression der Macula andererseits, welche alle Erscheinungen der Knötcheneffloreszenz in retrograder Entwicklung zeigt. (Fortsetzung folgt.)

V. **Über Radiotherapie der Haarerkrankungen**, von Robert Kienböck-Wien. Verfasser bespricht die Radiotherapie bei den drei Haarerkrankungen Hypertrichosis, Alopecia areata und Favus mit beigegebenen Krankengeschichten. Die Radiotherapie der Hypertrichosis faciei des Weibes ist höchst mühsam und langwierig. Es wurde bei allen Sitzungen sorgfältig auf die für die Dose in Betracht kommenden Momente geachtet; bei der Hälfte der Fälle kam es trotzdem im Laufe der Behandlung unter den zahlreichen Reaktionen einmal zu Dermatitis zweiten Grades von mehrwöchentlicher Dauer, in einem Falle trat sogar zweimal Exkoriation ein. Bei der anderen Hälfte der Fälle gelang es, während der ganzen Dauer der Behandlung stets einfache Normalreaktionen zu erzeugen. Das kosmetische Resultat war in fünf Fällen befriedigend. Das Endresultat war unter 15 erwerbbaren Fällen achtmal entstellende Röntgenatrophie, zweimal Cyanose, fünfmal einfache Kahlheit ohne nennenswerte Nebenerscheinungen, also in 33 % der beabsichtigte kosmetische Effekt. Die Indikationen der Radiotherapie bei Hypertrichosis sind also vorläufig beschränkte. Bei blondem, überhaupt nicht entstellendem Haarwuchs, namentlich an jungen Individuen stehen Schwierigkeit und lange Dauer der Behandlung sowie das Risiko heftigerer Entzündungen und entstellender Spätfolgen in keinem Verhältnis zur Bedeutung der Hypertrichosis. Dem Drängen der Patientin ist nicht nachzugeben. Nur bei dichtem schwarzem entstellenden Bartwuchs darf Radioepilation vorgenommen werden, wobei aber die Patientin über die Wahrscheinlichkeit eintretender Teleangiektasien von vornherein zu informieren ist.

Die Möglichkeit, Alopecia areata durch Radiotherapie zu beeinflussen, steht fest, dies zeigt besonders ein Fall des Verfassers, wo bei einer fast totalen Alopecia des Capillitiums, wo durch mehrere Jahre alle Mittel erfolglos gewesen waren, durch kräftige Röntgenbestrahlung mit 6—8 wöchentlicher Inkubation prompte Regeneration des Haarkleides erzielt wurde; zuweilen aber versagt die Therapie auch hier.

Kein Objekt der Radiotherapie ist so dankbar wie der Favus, welcher jetzt rasch und schmerzlos oft in einer einzigen Sitzung radikal beseitigt werden kann. Das rationelle Vorgehen besteht in fünf- bis sechsstelliger Bestrahlung des Kopfes, wodurch man eine ziemlich gleichmäſsige Epilation des ganzen Schädels erzielt. Die Heilung beruht auf gründlicher Abstoſsung der Wurzelscheiden und Haare samt den Achorienpilzen, nicht etwa auf Abtötung der Pilze, liegt doch die epillierende Dose weit unter der bakteriziden. Krankengeschichten erläutern die Resultate.

VI. **Über einen seltenen Fall von Naevus unius lateris (Naevus porokeratodes)**, von J. Fabry-Dortmund. Bei einem 19jährigen Manne ist an der linken Seite unter der Mamilla ein ungefähr 10 cm breiter angeborener pigmentierter Gürtel, der nach der linken Axilla und dem Rücken hinzieht, nach oben hin sind die Effloreszenzen deutlich warzig und geben Reibeisengefühl. Die warzigen Gebilde zeigen in der Mitte deutlich einen kleinen schwarzen Porus. Nach der mikroskopischen Untersuchung ist der Naevus vorwiegend als Talg- und Schweiſsdrüsennaevus zu bezeichnen und teilweise für die Partien der Axilla als Naevus perokeratodes.

VII. **Zwei Fälle von Inokulationslupus**, von Florio Sprecher-Turin. Verfasser ist auf Grund seiner Beobachtungen in zwölfjähriger Spezialpraxis der Ansicht, daſs der Lupus vulgaris infolge Inokulation per contiguitatem häufig sei, dagegen der auf metastatischem Wege und auch der durch direkte Inokulation entstandene Lupus vulgaris kein alltägliches Vorkommen bilde. So veröffentlicht Verfasser zwei neue, infolge exogener Inokulation entstandene Fälle von Lupus vulgaris.

Bernhard Schulze-Kiel.

Dermatologisches Centralblatt.

Band X, Heft 3. Dezember 1906.

I. **Über Tumenolammonium in der Dermatologie,** von Joseph Kraus-Dortmund. Tumenolammonium ist eine dunkelbraune, sirupdicke Flüssigkeit von angenehm aromatischem Geruche, welche sich in Wasser mit neutraler Reaktion in jedem Verhältnis, in Alkohol und Äther nur teilweise löst. Es wurde von Klingmüller mit recht zufriedenstellendem Erfolge bei akuten und chronischen Ekzemformen und bei verschiedenen stark juckenden Dermatosen (Pruritus, Prurigo) angewandt. Kraus wandte es nun in Josephs Poliklinik in reiner unvermischter Form an bei hartnäckig juckenden Fällen. Im ganzen wurden 60 Fälle aller Art behandelt, in keinem einzigen wurde auch nur eine leichte schädliche Reizwirkung beobachtet. Das Tumenolammonium ist in vorsichtiger individueller Weise dosiert ein hervorragendes juckstillendes Mittel. Bei den verschiedensten Formen des akuten und chronischen Ekzems besonders pruriginösen und seborrhoischen Charakters sowie bei Pruritus, postscabiösem Ekzem, Lichen ruber planus, Dermatitis herpetiformis darf das Tumenolammonnium als ein sicher wirkendes, die übrigen therapeutischen Mafsnahmen kräftig unterstützendes Mittel empfohlen werden. Auch als Schüttelmixtur oder Paste bis zu 30 % ist es gut anwendbar.

II. **Quecksilberausscheidung bei Injektionen vom Salicylarsenat Hydrargyri (Enésol),** von S. L. Bogrow-Moskau. Im Gegensatz zu Goldstein erwies es sich, dafs das Quecksilber im Harn schon in der ersten Hälfte des Injektionstages erschien. Diese Elimination hört aber sogar nach 48 Stunden nicht auf, es läfst sich sogar zuweilen noch am vierten Tage eine beträchtliche Menge des Quecksilbers in allen Portionen des Harns nach der Injektion von Enesol auffinden. Diesen Widerspruch mit den Goldsteinschen Untersuchungen sucht Verfasser zu erklären. Er glaubt, dafs die Stukowenkowsche Methode, mit der er arbeitete, eine exaktere als die von Goldstein angewandte von Salles-Oppenheim ist, bei welcher eine ziemliche Menge von Merkur verloren gehen kann. Nach Verfassers Untersuchungen kann kein wesentlicher Unterschied in der Eliminationsdauer bei Enesolinjektionen und Anwendung anderer löslicher merkurieller Verbindungen, z. B. Sublimat, gefunden werden.

Bernhard Schulze-Kiel.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Jahrg. III, Heft 12.

Über Hämaturie, von N. N. Petroff - St. Petersburg. Die Arbeit enthält eine übersichtliche Besprechung der verschiedenen pathologischen Veränderungen, bei denen das Symptom der Hämaturie beobachtet wird. Wesentlich Neues wird nicht beigebracht; doch mag als vielleicht nicht genug bekannt geworden die Beobachtung von Israel erwähnt werden, dafs primäre Neubildungen der Nebennieren auch in der Ätiologie der Hämaturie eine nachweisliche Rolle spielen.

Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten, von O. Grosse-München. Als Prophylaktikum gegen blennorrhoische Infektion hat G. vor längerer Zeit eine Mischung von Hydrargyrum oxycyanatum mit Gelatine und Glycerin, in Zinntuben verpackt empfohlen. Er berichtet hier über das günstige Ergebnis, welches die bakteriologische Prüfung des Mittels im Freseniusschen Laboratorium in Wiesbaden geliefert hat. Eine halb so starke Mischung genügte, um Kulturen von Gonokokken in kürzester Zeit abzutöten. Zugleich macht G. einige Schlufsbemerkungen in der Polemik über diesen Gegenstand gegenüber Blokusewski.

Nur wenige Worte zum Schlufswort des Herrn Dr. Grosse-München, von Blokusewski-Niederbreisig a. Rh. B. erklärt, dafs die Vorzüge des Grosseschen Phrophylaktikums vor dem seinigen (B.s) noch keineswegs endgültig bewiesen seien.

Bornyval in der urologischen Praxis, von M. Lubowski-Berlin-Wilmersdorf. Verfasser gibt hier einen kurzen Auszug aus den in den Jahren 1903—1906 erschienenen Publikationen über Bornyval. Das Mittel ist bekanntlich das wirksame Prinzip der Baldrianwurzel und stellt sich chemisch dar als das Isovalerianester des Borneols. Es wird in Gelatinekapseln in Dosen von 0,25 gewöhnlich dreimal täglich gegeben. Seine Anwendung findet es namentlich bei sexueller Neurasthenie wie im allgemeinen bei neurotischen Störungen, bei Folgezuständen von Onanie, bei Enuresis und auch bei Diabetes mellitus und insipidus. Schädliche Wirkungen, namentlich Reizung der Nieren, scheinen bisher nicht beobachtet worden zu sein.

Philippi-Bad Salzschlirf.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Januar 1907.

„White-Spot Disease“ (Morphoea guttata) und Lichen planus sclerosus et atrophicus. Eine klinische und histologische Studie über drei Fälle, mit Literaturübersicht, von Frank Hugh Montgomery und Oliver S. Ormsby-Chicago. In dem ersten der zwei Fälle von „White-Spot Disease“ handelte es sich um eine unverheiratete 40jährige Lehrerin, bei welcher die Krankheit zwei Jahre vorher als ein kleiner, weifser Punkt über der Haut am Brustbein begann, der allmählich an peripherer Ausdehnung zunahm; ähnliche weifse Punkte erschienen sodann auf der Brust, Schultern und Nacken. Die Effloreszenzen zeigen als auffallendstes Symptom eine glänzend weifse Farbe, ihre Gröfse geht von Stecknadelkopf bis zum Durchmesser von 2 : 1½ cm, die Form der gröfseren ist eine ovale, oft unregelmäfsige; im allgemeinen haben sie grofse Ähnlichkeit mit Narbenkeloiden. Bei der zweiten Patientin, einer verheirateten, 45 Jahre alten Frau datierten die ähnlich beschaffenen, an Schultern, Brust, Rücken und linkem Beine sitzenden Effloreszenzen, welche hier jedoch kleiner waren und keine Neigung zu Konfluenz zeigten, in ihrem Beginn bereits sechs Jahre zurück. Subjektive Beschwerden waren in beiden Fällen nicht vorhanden. Mit den in der Literatur beschriebenen acht anderen Fällen dieses Hautleidens sind es nun zehn, welche sämtlich bei Frauen oder Mädchen vorkamen. Histologisch zeigen die Effloreszenzen übereinstimmend Hypertrophie des Bindegewebes mit parallelen, enge aneinander liegenden kollagenen Bündeln, Zellinfiltration um Gefäfse, Drüsen und Follikeln und sekundären Veränderungen, wie sie gewöhnlich beim Skleroderma gesehen werden. Beim Vergleiche mit Morphoea kommen Verfasser schliefslich zu dem Ergebnisse, die beschriebene Affektion nicht als neue Art Krankheit, sondern als ungewöhnlichen Typus von Morphoea oder lokalisiertem Skleroderma anzusehen. Die Behandlung hatte keinen Einflufs auf diese, wie es scheint, ziemlich harmlose Hautaffektion.

Den weiteren Fall von Lichen planus sclerosus, eine 51jährige Frau betreffend, führen Verfasser wegen seiner Ähnlichkeit zu der eben beschriebenen Affektion oder der Morphoea an. Die Affektion besteht seit etwa 1½ Jahren und begann mit kleinen weifsen und schwarzen, hauptsächlich an Rücken und Nacken, vereinzelt aber auch an Brust und Oberextremitäten gelegenen Punkten, welche allmählich an Zahl zunahmen. Eine Anzahl der Effloreszenzen sind von einem roten Hofe umgeben, andere von bräunlicher Verfärbung. In bezug auf Sitz, Form, Resistenz und Entwicklung der einzelnen Papeln und auf Verteilung derselben unterscheidet sich die Affektion

nur wenig von den gewöhnlichen Formen des Lichen planus, die Hauptunterschiede von diesen bestehen vielmehr in der weifsen Farbe der Papeln, der gröfseren Prominenz der Hornpropfen und nachfolgender Depression und der schliefslichen Atrophie der Läsionen. Verfasser stehen nicht an, sie wegen dieser Besonderheiten und der histologischen Struktur als spezielle Form von Lichen planus zu bezeichnen, obwohl sie unzweifelhaft nahe Verwandtschaft mit Morphoea und den macular- und straeartigen Hautatrophien besitzt.

Multiples Hautcarcinom und Keratosis infolge lange währenden Arsenikgebrauches; multiple Ulcerationen der Haut aus derselben Ursache, von Jay F. Schamberg-Philadelphia. Im ersten Falle hatte Patient, welcher seit 30 Jahren an Psoriasis litt, 25 Jahre lang in verschiedenen Intervallen Fowlersche Lösung und zwar zuweilen mehr als 30 Tropfen pro Tag drei Monate hindurch genommen. Der ganze Rumpf war nun der Sitz von stecknadelkopf- bis fingernagelgrofsen rötlichen, verhornten Effloreszenzen, einige waren braun pigmentiert; an den Extremitäten waren dieselben weniger zahlreich. Die drei epitheliomatösen Neubildungen safsen in der regio interscapularis, am äufseren Malleolus des rechten Beines und an der Dorsalfläche des rechten Daumens in der Gröfse einer Stecknadel bis zu einem Durchmesser von 1½ cm; histologische Untersuchung der exzidierten Neubildung am Bein zeigte die wahre carcinomatöse Struktur. Vorliegender Fall schliefst sich den etwa 15 übrigen, aus der Literatur bekannten an, wo lange fortgesetzter Arsenikgebrauch Hautcarcinom von meist recht schlimmem Verlauf zur Folge hatte (vier davon erforderten Amputation von Extremitäten, vier endeten tödlich).

Bei dem zweiten Falle handelte es sich um eine 29jährige Frau, welche seit 20 Jahren Psoriasis und 4½ Jahre lang mit Unterbrechung weniger Wochen Fowlers Lösung (fünf Tropfen dreimal täglich) genommen hatte. Patientin zeigte nun über beiden Beinen eine Anzahl geschwüriger Flächen, in der Gröfse eines Fingernagels bis zu einem Markstück wechselnd, welche ziemliche Schmerzen verursachten und verschiedene Monate hindurch jeder Art von Behandlung trotzten.

In der Diskussion, welche diesen auf der 30. Jahresversammlung amerikanischer Dermatologen (31. Mai bis 2. Juni 1906) gehaltenen Vorträgen folgte, sprachen Stelwagon und Thomas C. Gilchrist die Überzeugung aus, das Primäre sei in solchen Fällen immer eine durch Arsenik hervorgerufene Hyperkeratosis, aus welcher sekundär erst das Carcinom entstände; letzterer sah fünf bis sechs Fälle von Hyperkeratosis, durch Arsenik hervorgerufen.

Hartzell erlebte seit seiner ersten Publikation über diesen Gegenstand (1899) wenigstens zwei weitere Fälle von Psoriasis, wo Carcinom auf lange fortgesetzten Arsengebrauch folgte. Er glaubt, dafs Arsenik gewissermafsen das Zellenwachstum zerstörte und direkt für die Carcinomentwicklung verantwortlich sei, wenn auch neben diesem ätiologischen Faktor eine Anzahl anderer Gründe vorhanden sein müfsten.

Schamberg sagte in seiner Schlufsreplik, es schiene ihm nur ein Spiel mit Worten, Arsenik wäre in den erwähnten Fällen für das Carcinom nicht verantwortlich. Die Hyperkeratosis sei eben ein Zwischenstadium, wodurch es nicht auszuschliefsen sei, dafs Arsenik die direkte Ursache von Hautcarcinomen bilde.

Pemphigus vegetans: Bericht über einen Fall und Besprechung des Leidens, von James Mac Farlane Winfield. (Fortsetzung folgt.)

Stern-München.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1907. Heft 1.

Die Gruppe der sogenannten seborrhoischen Krankheiten, die „Kerosis“, von J. Darier. Als seborrhoische Erkrankungen werden bezeichnet die Seborrhoe, die Pityriasis, der Haarausfall, die Kahlköpfigkeit, Hyperhidrosis und Hypertrichosis, Akne, Ekzema usw. Zwischen diesen verschiedenen Formen bestehen innige Beziehungen; „sie treten so auffallend häufig und so regelmäfsig gleichzeitig oder nacheinander auf, dafs man sie nur gewaltsam voneinander trennen könnte.“ Sie setzen vielmehr einen krankhaften Zustand der Gewebe voraus, als dessen Symptome und Komplikationen sie erscheinen. Für diesen krankhaften Zustand der Haut schlägt Darier den Namen „Kératose“ vor. Dies ist das Ergebnis des ersten Teils seiner Arbeit, zu dem er nach einem geschichtlichen Überblick über die Lehre von der Seborrhoe und der ihr verwandten Krankheiten kommt. Im zweiten Teil beschäftigt er sich mit der Ausführung und Begründung seiner neuen Ansicht.

Die Kerosis, so führt er aus, ist ein krankhafter Zustand der Haut, der sich übersetzt durch eine gelbe oder graue Verfärbung der Haut, durch deutlicheres Hervortreten der Hautporen, durch eine bald fettige, bald trockene Beschaffenheit der Haut, die einerseits zu feiner Abschuppung neigt, andererseits leichter von Krankheiten betroffen wird. Diese Veränderung erstreckt sich nicht auf die ganze Hautoberfläche, sondern beschränkt sich im allgemeinen auf jene Teile, auf denen die Seborrhoe heimisch ist. Je nach ihrem Vorherrschen in der Epidermis, im Haar-Talgdrüsen-Apparat oder in den Schweifsdrüsen kommt es zur Pityriasis, zur Seborrhoe, zur Hypertrichose und Alopecie, oder zur Hyperhidrose, sowie im Anschlufs an diese Primärerscheinungen zur Follikulitis (Akne) und zum Ekzema seborrhoicum.

Die gelbe oder graue Verfärbung der Haut bei der Kerosis führt D. auf eine Störung der Keratinisation zurück. Das schärfere Hervortreten der Hautporen ist bald durch eine Verdickung der Epidermis oder eine ödematöse Schwellung des Corpus papillare, wodurch sie eingesunken erscheinen, bald durch eine Hyperkeratose an ihren Hautöffnungen bedingt. Pityriasis und Seborrhoe sind krankhafte Steigerungen normaler Zustände der Haut. Im Gefolge der Seborrhoe kommt es zum Haarausfall (Alopecie) und zur Kahlköpfigkeit. Aber der endgültigen Atrophie der Haarpapille geht, wie D. hervorhebt, eine zeitweilige Hyperfunktion dieses Organs voraus; eine Zeitlang ersetzen sich die ausfallenden Haare sehr rasch wieder. Die Hyperhidrose steht in keinem ursächlichen Zusammenhang mit dem Haarausfall, sondern ist, wie dieser, ein Symptom der Kerosis; das Gleiche gilt von der Akne, die mit und ohne Seborrhoe bestehen kann, während für das Ekzema der Boden durch die Kerosis bereitet wird, es ist fast immer von vornherein mikroparasitärer Natur, in einer Minderzahl von Fällen siedeln sich die Mikrobien erst nachträglich auf ihm an.

Für die Ätiologie der Kerosis kommt in erster Linie die Vererbung in Betracht. Aufserdem ist sie aber wesentlich eine Entwicklungskrankheit, die zu bestimmten Lebensabschnitten vorherrscht. Schon die Vernix caseosa und die Akne sebacea der Neugeborenen sind nach D. der Ausdruck einer kerotischen Anlage, die sich dann beim Nahen der Pubertät oft recht deutlich und recht unangenehm bemerkbar macht und dem Ablauf des Geschlechtslebens ihren Stempel aufdrückt. Aber auch durch gastrointestinale Störungen können die Symptome der Kerosis hervorgerufen werden. Dagegen schreibt D. unter allen Bazillen nur dem Coccus polymorphus eine Beziehung zur Kerosis zu: sie bereitet ihm den Boden, auf dem er wachsen und entzündliche Erscheinungen hervorrufen kann. Die Histologie der einzelnen Symptome der Kerosis ist längst studiert, über ihre eigene pathologische Anatomie kann auch Darier nur geringe Angaben machen, denn bei ihr ist das Normale von dem Pathologischen noch

schlecht zu unterscheiden; das in seinem Chemismus und in seinem feinsten Bau eben veränderte Gewebe erscheint auch unter dem Mikroskop noch normal; doch meint D. eine verdickte Hornschicht und ein im Gegenteil etwas verdünntes Rete Malpighii an den mit Kerosis behafteten Epidermisteilen annehmen zu dürfen; das Vorkommen von Parakeratose und Entzündung stellt er ziemlich bestimmt in Abrede.

Die Behandlung der Kerosis, der in letzter Linie eine Dystrophie zugrunde liegt, fällt mit derjenigen ihrer Symptome: Seborrhoe, Pityriasis usw. zusammen.

Traumatische Epidermiscysten an ungewohnter Stelle, von W. Dubreuilh. Während die Epidermiscysten der Hohlhand infolge der hier herrschenden histologischen Verhältnisse ganz gewöhnlich sind, werden sie an anderen Stellen des Körpers nur selten beschrieben. D. unterscheidet zwei Formen solcher Cysten: Bei der einen werden durch ein Trauma kleine Teilchen der Epidermis in die tieferliegenden Gewebe gestopft und wachsen dort weiter, indes die Wunde sich über ihnen schliefst. Bei der zweiten handelt es sich um chirurgische Eingriffe, bei denen man mit oder ohne Absicht die Wunde über einem eingesenkten Stückchen Epidermis zur primären Vereinigung gebracht hatte. Die angeführte Kasuistik stammt grofsenteils aus der deutschen Literatur. Drei eigene Beobachtungen des Verfassers beziehen sich auf die erste Gruppe; hier safsen die durch einen Unfall entstandenen Cysten im ersten Fall auf der Stirn, im zweiten Fall im vorderen Teil der Zunge, im dritten am oberen Augenhöhlenrand.

Die Spirochaeta pallida im Blut von Syphilitischen, von L. Le Sourd und Ph. Pagniez. So wenig wie den meisten anderen Forschern ist es den beiden Autoren bis jetzt gelungen, die Spirochaeta pallida im Blut Syphilitischer nachzuweisen. Sie halten diesen Mikroparasiten für den Erreger der Syphilis, und da es schon seit langem bekannt ist, dafs das Blut frisch Luetischer ansteckend wirkt, so führen sie ihre und fremde Mifserfolge auf die mangelnde Technik zurück. Wird es erst möglich sein, die Spirochäte besser zu färben, so wird man auch mit mehr Glück auf ihre Jagd im Blut frisch Infizierter ausziehen.

Verwechselung von Syphilis mit Tuberkulose in einem Fall, von B. Bord. Es handelte sich um Gummata am rechten Arm und Hals einer 30jährigen Patientin, die man, zum Teil mit auf Grund des übrigen Befundes, für tuberkulös gehalten hatte. Die Kranke war noch in anderer Hinsicht interessant; sie hatte nämlich auch eine syphilitische Erkrankung der Nasenhöhlen; hier aber hatte die Syphilis, entgegen der Regel, nur die knorpelige Nasenscheidewand zerstört und vor dem Knochen Halt gemacht. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des Maladies vénériennes.

Band I, Heft 5. Dezember 1906.

I. Über Pruritus und Lichenifikation, verbunden mit Tabes, von G. Milian. Neben den Lichen ruber planus stellt Brocq die Lichenifikation, welche kein bestimmter Krankheitsbegriff, sondern mehr ein unter verschiedenen Umständen auftretendes Symptom ist. Sie kann sich sowohl auf gesunder Haut, als auch auf einer schon vorher durch eine Dermatose angegriffenen Haut entwickeln, also primär oder sekundär auftreten. Erstere ist sicher eine Neurodermitis. Oft findet man diese Neigung zur Bildung stark juckender Knötchen bei Leuten, deren Eltern entweder an Gicht litten oder stark unter dem Einflufs von Kaffee oder Alkohol standen, auch Lungenleiden, Rheumatismus, Furunkulose, Leukorrhoe, Ekzem usw. bewirken eine entschiedene Disposition für diese Hauterscheinungen. Verfasser sah nun diese Knötchenbildung bei fünf Patienten, welche an Tabes litten, bei einigen liefs sich

auch vorangegangene Syphilis nachweisen. Er beschreibt diese fünf Fälle von Lichen circumscriptus seu diffusus und bemerkt, dafs es kaum zufällig sein könne, dafs bei ihnen Tabes bestehe und gibt als Beweise des direkten Zusammenhangs zwischen diesen beiden Leiden wie folgt an. Bei beiden Leiden bestehen oft starke nächtliche Schmerzen neben dem Jucken, und zwar besonders an den Stellen, wo sich Knötchen zeigen. Die Entwicklung der Knötchen folgt dem Auftreten der Tabes oder entsteht parallel derselben. Der Juckreiz weicht derselben Therapie wie die Tabesschmerzen, besonders bewährt sich in beiden Fällen das Antipyrin. Der Lichen planus circumscriptus tabetischen Ursprungs zeigt bestimmte klinische Eigenschaften, die ihm besonders zukommen und ihn von anderen unterscheiden, so z. B. die sehr lange Dauer, die Heftigkeit und der sehr starke Juckreiz.

II. **Über hereditäre Syphilis und Prurigo Hebra,** von Emery und Druelle. Es handelt sich um einen typischen Fall von Prurigo bei einem Hereditärsyphilitischen, welcher genau beschrieben wird. Die Ätiologie der Prurigo ist noch dunkel, Gaucher z. B. betrachtet sie als eine schon im Mutterleib entstandene Krankheit, dessen innere Ursachen im Lymphatismus und Arthritismus sucht. Auch elendes Leben, Schmutz, schlechte Ernährung werden als Ursachen der Prurigo angegeben. So kann man auch nach einem Zusammenhang zwischen Prurigo und hereditärer Syphilis suchen, wie ihn auch schon Edmund Fournier feststellte. Auch Jacquet traf oft Prurigo bei tuberkulösen, syphilitischen, alkoholischen Familien und bemerkte an den Trägern selbst Zeichen hereditärer Lues. Ähnliches schildert Brocq und auch Beaupertuy. Die Verfasser schliefsen sich diesen Ansichten nach ihren eigenen Beobachtungen an, und in logischer Folge empfehlen sie daher den mit Prurigo behafteten Hereditärluetischen eine spezifische Behandlung, welche oft überraschend gute Erfolge bietet.

III. **Pharmakologie des Hydrargyrum lacticum,** von A. Desmoulière-Paris. Der sogenannte Liquor van Swieten wird seines unangenehmen Geschmacks wegen ungern genommen, und so kam Gaucher auf die Idee, eine Lösung von Milchsäure und Merkur zu konstruieren, welche denselben Wert hat, aber nicht die unangenehmen Eigenschaften besitzt. Die Zubereitung dieser Lösung wird genau angegeben, sie hat einen angenehmen Geschmack und Geruch. Man gibt von einer Lösung 1:1000 vier Kaffeelöffel täglich in Milch oder Zuckerwasser, was von den Kranken gern genommen wird, da es keinen Metallgeschmack hat. Verfasser schlägt den Namen Solutio Gaucher vor.

IV. **Über Hydrargyrum lacticum bei der Behandlung syphilitischer Kinder,** von Levy-Bing-Paris. Bei mehreren Fällen syphilitischer Säuglinge bewährte sich die Gauchersche Lösung von 1‰ Hydr. lacticum. Es wurde den Kindern drei- bis viermal täglich je zehn Tropfen in Milch gegeben. Der Erfolg war gut.

V. **Über Cowperitis acuta blennorrhagica,** von F. Cathelin-Paris. Die Entzündung der Littreschen oder Cowperschen Drüsen ist eine ziemlich seltene Erscheinung bei der blennorrhoischen Ansteckung, jedenfalls viel seltener als die der Prostata, und wird oft übersehen oder falsch diagnostiziert. Die erste Ursache ist die Blennorrhoe der Harnröhre, die Cowperitis entsteht meist nach drei bis vier Wochen und kann zu Abscessen am Damm führen. Ihre Haupterscheinungen sind folgende: Es entsteht zuerst eine Verdickung am Damm, welche bald schmerzhaft wird, besonders an der linken Seite der Raphe. Bei der Palpation fühlt man einen kleinen Tumor von Haselnufs- bis Wallnufsgröfse, welcher leicht beweglich und schmerzhaft ist. Allmählich stellen sich Röte, Hitze, Fluktuation und ausstrahlender Schmerz ein, so dafs die Bewegungen gehindert werden und auch das Allgemeinbefinden unter Auftreten von Fieber leidet. Schliefslich stellen sich auch Beschwerden

beim Harnlassen und bei der Defäkation ein, die Leistendrüsen schwellen an. Es kann zur spontanen Öffnung der Geschwulst kommen, entweder in die Urethra oder nach aufsen, und selbst zur Sepsis. Im allgemeinen ist aber die Prognose günstig, da sich die Cowperitis meist von selbst ohne Eiterung zurückbildet. Therapeutisch empfiehlt sich Bettruhe, warme Sitzbäder, Umschläge und Opiumzäpfchen und Salben. Bei starker Fluktuation ist der Abscefs zu öffnen, welches unter Chloräthyl leicht zu machen ist. Es empfiehlt sich der Vertikalschnitt mitten durch den Tumor und Einlegen eines Drainrohrs.

VI. **Syphilitischer Schanker am Ringfinger infolge eines Faustschlags auf den Mund,** von Bizard und Laffout-Paris. Ein Patient schlug bei einem Streite mit der Faust seinem Gegner auf den Mund. Drei Wochen nachher entwickelte sich an der Basis des Ringfingers, welche beim Schlage verletzt war, ein syphilitischer Primäraffekt, welchem einige Wochen darauf alle Symptome sekundärer Syphilis folgten. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. VI, Nr. 24.

Die medikamentöse Elektrolyse und Hautkrankheiten, von Foveau de Courmelles - Paris. Schon im Jahre 1890 hat Verfasser Versuche gemacht, um die Wirksamkeit der unter der Einwirkung der Elektrolyse aus medikamentösen Lösungen entstehenden Zonen zu erproben. Er fand, dafs ausgedehnte Ekzeme der Arme und Beine durch den Einflufs einer Zinkelektrode eine prompte Besserung erfuhren, Vor jetzt sechs Monaten heilte er ein refraktäres Epitheliom der Nase, indem er nach Abtragung desselben mittels des am negativen Pol befestigten elektrolytischen Skarifikators die entstehende Hämorrhagie durch Applikation der in Zinkchloridlösung (5%iger) getränkten positiven Elektrode stillte und dies letztere elektrolytische Verfahren fünfmal wiederholte. Auch bei Herpes zoster soll die mit Cocain. muriat. armierte positive Elektrode sehr günstige Resultate geliefert haben.

Über den Wert der spezialistischen Abteilungen für Venerologie, von L. Butte-Paris. In der nichtparlamentarischen Kommission zur Regelung der Sittenfrage in Frankreich wurde mit grofser Mehrheit unter anderem der folgende Beschlufs gefafst: „Aufser für den Unterrichtsbedarf sollen keine Spezialinstitute für die Behandlung venerischer Erkrankungen bestehen bleiben.“ Trotzdem dieser Antrag von Fournier, von Besnier und von Balzer lebhaft bekämpft wurde, siegte die Ansicht, dafs gerade solche Hospitäler der moralischen Degeneration Vorschub leisten, indem die jugendlichen Kranken dort von den älteren durch Wort und Beispiel zu immer laxeren Anschauungen verleitet werden. Auch glaubt man, dafs derartige Anstalten keinen Zuspruch seitens der besser situierten Klassen erhalten würden, indem diese sich hüten würden, durch den Besuch derselben sich als venerisch erkrankt zu dokumentieren. B. betont demgegenüber die absolute Notwendigkeit eines gröfseren Krankenmaterials behufs wissenschaftlicher und namentlich therapeutischer Forschung, und er weist ferner an dem Krankenbesuch in den Polikliniken der Hospitäler Broca und Cochin-annexe nach, dafs bei den meisten Kranken der Wunsch, die allerzuverlässigste und erfolgreichste ihnen gebotene Behandlung zu erlangen, alle anderen Rücksichten überwiegt.

Die Behandlung der schweren Conjunctivitis blennorrhoica mit organischen Silbersalzen, von Darier. Verfasser empfiehlt als sehr schonend und zugleich wirksam namentlich das Argyrol, das er dem Höllenstein und auch dem gleichfalls von ihm verwendeten Argentamin und dem Protargol vorzieht. Er läfst alle halbe

Stunde eine Einträufelung mit einer 1%igen Argyrollösung machen und führt eigenhändig zweimal täglich gewissermaſsen ein Baden des Auges aus, indem er mit den Fingern oder dem Lidhalter das Auge offen hält und eine 25%ige Lösung einige Minuten einwirken läſst. (*Journ. de méd. de Paris.*)

Bd. VII, Nr. 1.

Die Nichtkontagiosität der Area Celsi, von L. Butte-Paris. Im Jahre 1893 schrieb B. in einer kleinen Publikation über Trichophytie, daſs die Area Celsi oft in kontagiöser Verbreitung auftrete, doch fügte er sogleich hinzu, daſs der Beweis von der Kontagiosität noch nicht tatsächlich erbracht sei. Seitdem ist er zu der entschiedenen Überzeugung von der Nichtkontagiosität der Alopecia areata gelangt, wie solche in Frankreich namentlich Jacquet und Duguet vertreten haben.

Über die Nichtkontagiosität der Alopecia areata, von Duguet. Verfasser publiziert hier die Antworten, welche er diesbezüglich von Sabouraud, Balzer, Gastou, Jeanselme, Brocq, Leredde, Danlos, Jacquet, Hallopeau und Gaucher erhalten hat. Bis auf die beiden letzten erklären sämtliche Forscher das Leiden für nichtkontagiös, oder zum wenigsten gestatten sie den damit behafteten Kindern den Schulbesuch. Duguet selbst, früher Kontagionist, hält jetzt den Beweis der Kontagiosität für total miſslungen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venereologie.

(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.)

1906. Nr. 11—12.

1. **Über einen ungewöhnlichen Fall von Hautmetastasen bei Mammacarcinom und über die Beziehungen dieses Prozesses zur Pagetschen Krankheit,** von Felix Malinowski. Ausführliche Beschreibung des Falles, über den Verfasser bereits auf dem letzten dermatologischen Kongreſs in Bern berichtet hat (referiert in *diesen Heften*, Bd. 43, S. 490—491). Mikroskopische Untersuchungen zeigten, daſs es sich hier um ein Carcinoma colloideum myxomatodes der Mamma handelte, das vermittels der Lymphbahnen zu ebensolchen Metastasen in der Haut Anlaſs gab. Verfasser betrachtet seinen Fall für Pagetsche Krankheit. Der Fall unterscheidet sich von den bisher beschriebenen Fällen der Pagets disease durch die Bildung von Blasen, welche sich rasch mit Vegetationen ausfüllten, aber diese Differenz sei keine wesentliche; sie hängt von der ungewöhnlichen Form des primären Carcinoms und insbesondere von den damit verbundenen regressiven Veränderungen ab. Der Verlauf der Pagetschen Krankheit, das Tempo ihrer Entwicklung, der Charakter der Hautveränderung stehen nach Verfasser im engen Zusammenhang mit dem Charakter des primären Krebses. Diese Ansicht über die Pathogenese der Pagets disease läſst den Verfasser zur ehebaldigsten operativen Entfernung der affizierten Brustdrüse raten.

2. **Untersuchungen über Reinfektion bei Syphilis,** von E. Finger. Autoreferat über den Bericht auf dem dermatologischen Kongreſs in Bern (referiert in *diesen Heften*, Bd. 43, S. 439).

3. **Experimentelle Syphilis bei Pavianen (papio babuin),** von D. Zabolotnyj. Autoreferat über den Bericht auf dem dermatologischen Kongreſs in Bern (referiert in *diesen Heften*, Bd. 43, S. 481—482).

4. **Psoriasis traumatica,** von J. Wisniewski. Klinischer Vortrag an der Hand eines Falles von traumatischer Schuppenflechte. Derselbe betrifft einen 55jährigen Mann mit zwei typischen psoriatischen Effloreszenzen an zwei Stellen des linken Vorderarms, die vor zwei Wochen verletzt wurden; im weiteren Verlaufe hat die

Psoriasis auch die Kopfhaut ergriffen. Nach einer Übersicht der verschiedenen Theorien bezüglich der Ätiologie der Psoriasis traumatica und der Schuppenflechte überhaupt, teilt Verfasser seine eigene Statistik über 149 Fälle von Psoriasis mit. Die gröfste Zahl der Fälle betrifft Patienten im Alter von 10—20 Jahren 52 Fälle), die geringste — im Alter über 70 Jahre (1 Fall) und unter 5 Jahren (2 Fälle). Die Fälle von Psoriasis bilden nach der Statistik des Verfassers nur 2% aller Dermatosen. Sie betrafen 57 Männer, 59 Frauen und 33 Kinder. Von den erwachsenen 116 Kranken wurde die Psoriasis nur in 10 Fällen vor Ablauf des zehnten Lebensjahres akquiriert. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Die Technik der intramuskulären Injektionen bei Syphilis, von William S. Gottheil-New York. (*New York med. Journ.* 30. Juni 1906.) Genaue Beschreibung der Technik, wie sie wohl allen Spezialärzten schon geläufig ist. Als Injektionsmittel gebraucht G. nur das salicylsaure Quecksilber, von dem er annimmt, dafs es wohl in 9/10 aller Fälle zu den Injektionen benutzt wird. *Stern-München.*

Über schmerzlose subcutane Quecksilbereinspritzungen, von G. Hirsch-Halberstadt. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 9.) Verfasser empfiehlt zu schmerzlosen subcutanen Quecksilbereinspritzungen das von der chemischen Fabrik von Heyden hergestellte Präparat, das aus 1% Hydrargyrum oxycyanatum und 0,5% Akoin in wässeriger Lösung besteht. Die Herstellung einer beständigen klaren Lösung von Hg. oxycyanatum und Akoin ist durch ein besonderes Verfahren möglich geworden.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Die Behandlung der Syphilis mit Mergal, von S. Boss-Strafsburg i. Els. *Med. Klinik.* 1906. Nr. 30.) Nachdem wohl allgemein ärztlicherseits anerkannt ist, dafs das einzige spezifisch wirkende Heilmittel im Frühstadium der Syphilis das Quecksilber ist, kommt es darauf an, Methoden zu finden, die es ermöglichen, dem Körper so viel wie möglich genau bestimmbare Mengen von Quecksilber einzuverleiben, und dem Organismus keinen Schaden oder Nachteil trotz grofser Zufuhr von Merkur zu bereiten. Diesem Prinzip wird die interne Behandlung am besten gerecht, wenn wir ein Präparat besitzen, welches in grofsen Mengen vertragen wird, um eine wirksame Kur durchzuführen, es darf nicht ätzen, keine Darmläsionen, keine Koliken und Durchfälle erzeugen, es mufs sich genau dosieren lassen, die Resorption des Quecksilbers darf keine schwankende, sondern mufs eine konstante sein. Diesen Wünschen genügt nach den Versuchen des Verfassers ein neues Präparat, welches von der chemischen Fabrik J. D. Riedel in Berlin hergestellt wird, es ist das cholsaure Quecksilberoxyd, genannt Mergal, welches in sehr dünnen, weichen, elastischen Kapseln in den Handel kommt. Das Resultat zweijähriger Versuche lautet etwa;

1. Das Mergal ist angezeigt bei allen Formen von Syphilis, seien sie sekundärer oder tertiärer Art. Nur da, wo sich die Syphilis durch schwere oder direkt lebensgefährliche Symptome äufsert, wie Gehirn- oder Rückenmarksyphilis, Apoplexien, Syphilis der Augen wird man energischere Kuren vorziehen.

2. Das Mergal eignet sich vorzüglich zur chronisch-intermittierenden Behandlung im Sinne FOURNIER-NEISSER. Ohne Zweifel ist der beste Schutz gegen die schweren Syphiliserscheinungen eine häufige Behandlung der Syphilis. Am bequemsten erreicht man dieses Ziel mit Mergal.

3. Das Mergal ist zu empfehlen bei den sogenannten parasyphilitischen Erkrankungen (Tabes, Paralyse). Es ist ein gutes inneres Antiluetikum, das auf das syphilitische Virus in gleicherweise einwirkt wie eine Schmierkur oder Injektionskur. Es wird vom Verdauungsapparat tadellos vertragen und kann monatelang ohne Nachteile genommen werden, dabei ist der Patient nie geschwächt. Die Kur ist die einfachste, bequemste und angenehmste, sie stört den Patienten nicht in seinem Berufe, verursacht ihm keine Belästigungen, keine Schmerzen und läfst sich überall diskret durchführen. (Zur Zeit machen LEISTIKOW-Hamburg und KLINGMÜLLER-Kiel weitere Versuche mit Mergal, auch der Referent ist augenblicklich mit Mergalversuchen beschäftigt, über deren Resultat er seiner Zeit berichten wird. (Der Referent.)

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Injektionen von Quecksilberbijodid bei der Behandlung der Syphilis, von SIPARI. (*Giorn. internaz. delle Scienze med.* 1906. Nr. 8.) Die wässerigen Lösungen dieses Quecksilbersalzes wirken sehr günstig gegen alle Erscheinungsformen der Lues, besonders in der tertiären Periode. Diese Wirkung ist eine sehr rasche. In manchen Fällen haben sie sich vorteilhafter erwiesen als das Kalomel, das Sublimat usw. Sie sind ganz schmerzlos, verursachen keine Indurationen oder wenigstens höchst selten. Nur ganz ausnahmsweise ist nach solchen Injektionen Stomatitis beobachtet worden. *C. Müller-Genf.*

Das Hermophenyl und seine Anwendung in der Behandlung der Syphilis, von GRÉGOIRE RÉPANIS. (*Thèse de Montpellier.* 1903/04. Nr. 7.)

Fritz Loeb-München.

Die Silbertherapie der Syphilis, von JUSTIN KARLINSKI-Tesanj (Bosnien). (*Die Heilkunde.* 1906. Nr. 6.) Bei der mangelhaften Körperreinlichkeitspflege der Einheimischen in Bosnien pflegen die cutanen und subcutanen Gummata bei tertiärer Syphilis äufserst leicht aufzubrechen und sich in bösartige Geschwüre umzuwandeln. Die lokale und antiseptische Behandlung stöfst meistens aus dem Grund auf Hindernisse, da der Verband am Stamme recht schwer anzulegen ist und meistens versagt und der Quecksilberverband leicht wegfällt.

K. hat in Cajnica in drei Fällen, in Tesanj in 18 Fällen = 21, folgenden Vorgang angewendet:

Die Patienten tertiär syphilitisch, wiesen am Stamme, namentlich aber am Rücken und in der Schultergegend zahlreiche (3—16) heller- bis kronengrofse zerfallene gummatöse Geschwüre auf, daneben Veränderungen am Gaumen und der Nasenscheidewand. Sieben von diesen Patienten waren bereits früher ärztlich mittels Darreichung von Jodkalium behandelt. K.s Behandlung beruhte darauf, dafs er in die vorher mit Itrollösung gereinigten Geschwüre je nach der Gröfse zwei bis drei Tabletten Collargol à 0,05 hineinlegte und mit einem Collargolpflaster (fünf auf 300 Mastixgummi) verschlofs. Die Patienten bekamen während dieser Zeit absolut gar kein anderes Mittel. Bei langwierigen Prozessen, wo 16 tiefgreifende, gummatöse Geschwüre vorhanden waren, dauerte der Heilungsvorgang bei dreimaligem Verbandwechsel 21 Tage unter Bildung einer glatten Narbe, während sonst die einfachen Geschwüre bereits nach einer Woche zur Vernarbung gelangten. Gleichzeitig mit den 18 in Tesanj behandelten Patienten hat K. fünf andere, ebenfalls mit tertiärer Syphilis behaftete und zahlreiche zerfallene Gummata am Stamme aufweisende Patienten auf die Weise behandelt, wobei er nebst der Jodkaliumbehandlung (3—4 g

täglich) die Geschwüre mit Karbollösung reinigte, mit Jodoform bestreute und mit Quecksilberpflaster zumachte. Der Verbandwechsel war meistens nach zwei bis drei Tagen wegen Sekretion notwendig und eine prompte Heilung konnte in keinem Falle vor sieben Wochen erzielt werden. *Arthur Rahn-Dresden.*

Beitrag zum klinischen Studium des Enesol, von LOUIS LOQUIN. (*Thèse de Lyon.* 1905. Nr. 84.) Verfasser hat mit Injektionen von Enesol gute Erfahrungen gemacht und emfiehlt das Mittel wegen seiner Unschädlichkeit und wegen der Schmerzlosigkeit der Injektionen besonders zur Anwendung in der Kinderpraxis.

Fritz Loeb-München.

Bemerkungen über den therapeutischen Wert der Sarsaparilla bei Syphilis, von C. J. CULLINGWORTH-London. (*Brit. med. Journ.* 7. April 1906.) Die hier kurz mitgeteilten Beobachtungen hat Verfasser bereits vor etwa 40 Jahren als Student ausgeführt, aber noch nicht veröffentlicht. Die Aufzeichnungen betreffen zehn Fälle von Spätsyphilis, welche mittels einer Abkochung von Sarsaparilla zum Teil mit, zum Teil ohne Beihilfe von Jodkalium behandelt wurden. Als ein besonders bemerkenswerter Punkt wird der Umstand hervorgehoben, dafs fast alle Patienten bei Verabreichung von Sarsaparilla allein in ganz auffallender Weise an Gewicht zunahmen, und wöchentlich durchschnittliche Steigerungen des Gewichts von 2—4³/₄ Pfund engl. zu verzeichnen waren. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Das Jodipin und sein Wert in der Behandlung der Syphilis, von PIERRE CHAPNIS. (*Thèse de Lausanne.* 1904.) *Fritz Loeb-München.*

Das Eisen als Unterstützungsmittel in der Behandlung der Syphilis, von J. CAMMAS. (*Thèse de Paris.* 1906.) Sowohl die Syphilis als solche, als auch eine längere Zeit fortgesetzte merkurielle Behandlung üben einen zerstörenden Einflufs auf die roten Blutkörperchen und den Hämoglobingehalt aus. Aus diesem Grunde ist eine Eisenbehandlung, neben der merkuriellen von gröfster Wichtigkeit und sollen dieselben immer gleichzeitig durchgeführt werden. Als empfehlenswerte Präparate wären das Jodeisen und das vegetabilische Eisen zu nennen. Unter dem Einflusse derselben wird die allgemeine Ernährung gehoben und in progressiver Weise die Zahl der roten Blutkörperchen vermehrt. Von manchen Autoren wurde die anämierende Wirkung der Quecksilberpräparate geleugnet und dieselben vielmehr als rekonstituierende Mittel angesehen; dies scheint auch im Anfange der merkuriellen Therapie der Fall zu sein, doch ist diese Erscheinung nur von kurzer Dauer und von einer stetig fortschreitenden Anämie begleitet. Einen ähnlichen, nachteiligen Einflufs üben auch die Spirillen oder ihre Toxine auf die blutbildenden Zentren aus und es kommt im weiteren Verlaufe der Krankheit zur Entwicklung verschiedener Formen von Anämie, Chloroanämie und selbst von perniziöser Anämie, für welche alle die Eisenbehandlung von Vorteil ist. *E. Toff-Braila.*

Wichtigkeit der Munduntersuchung bei zweifelhaften Syphilisfällen, von M. PAUTRIER. (*Presse méd.* 1907. Nr. 4.) Verfasser betont die Wichtigkeit der Untersuchung der Mundschleimhaut bei zweifelhafter Diagnose auf Lues, besonders bei tertiärer Lues. Er empfiehlt, die verdächtigen Schleimhautpartien mittels einer Kompresse vom anhaftenden Speichel zu befreien, da auf diese Weise die charakteristischen Merkmale besser in Erscheinung treten. *Carl Schramm-Dortmund.*

Anaemia perniciosa syphilitischen Ursprungs, von M. LABBÉ-Paris. (*Presse méd.* 1906. Nr. 104.) In seltenen Fällen ergreift die Syphilis, besonders im dritten Stadium, auch das Knochenmark; dadurch können sich alle Erscheinungen der Anämie oder der perniciösen Anämie ausbilden. Verfasser fügt zu der geringen Anzahl meist von deutschen Autoren publizierten Fällen noch zwei eigener Beobachtung hinzu.

Carl Schramm-Dortmund.

Die Syphilis in der Maternité de l'hôpital Tenou 1905—1906. Statistische und diagnostische Studie, von HENRI LEDUC. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 886.)

Fritz Loeb-München.

Welche wirksamen Maſsregeln gibt es zur Verhütung der Verbreitung der Syphilis und der Vermehrung der Prostitution? von CHARLES GREENE-Cumston-Boston. (*Journ. americ. med. assoc.* 27. Oktober 1906.) Bekämpfung der jetzigen sittlichen Anschauungen, Aufklärung und Belehrung der Jugend, Errichtung besonderer Krankenhäuser für Geschlechtskrankheiten sind die besten Maſsnahmen gegen Syphilis und Prostitution. *Schourp-Danzig.*

Nachweis der Spirochaete pallida in der Placenta, von RADAELI. (*Lo Sperimentale.* Heft 3. 1906.) Der Verfasser hat den spezifischen Pilz nach der Methode von LEVADITI in der Placenta in spärlicher Anzahl, meist isoliert, selten in Gruppen angeordnet in der Placenta vorgefunden und zwar sowohl im Stützgewebe der Zotten als in den Gefäſswandungen. Abgesehen von einer leichten Verdickung der Gefäſswandungen, wo sich die Spirochäten niedergelassen hatten, waren keine Veränderungen im Organe nachzuweisen, vor allem keine Ansammlungen von Leukocyten.

C. Müller-Genf.

Das Verhalten des Cytorrhyctes luis (SIEGEL) in der mit Syphilis geimpften Kanincheniris, von WALTER SCHULZE-Berlin-Friedenau. (*Beitr. zur path. Anat. und zur allg. Path.* 39. Bd. 1906.) Nach einem Überblick über seine an anderen Stellen beschriebenen Impfungen mit Luesmaterial an Kaninchenaugen führt SCHULZE aus, daſs von den 26 an der Iris geimpften Kaninchen sich bei 25 die Cytorrhycten nachweisen lieſsen, und zwar am reichlichsten in der zweiten bis vierten Woche. Die lebenden und auch die gefärbten Cytorrhycten sind verschieden groſs; die häufigste, zweikernige Form hat einen Längsdurchmesser von 1 μ. Der Fundort der Cytorrhycten in der geimpften Iris differiert etwas je nach der seit der Impfung verstrichenen Zeit. Während sie anfangs an der Intima gefunden werden, liegen sie nach zwei Monaten auch in dem Zwischengewebe. Aus dieser Lagerung im Bindegewebe erklärt sich die lange Dauer der Krankheit, da es geraumer Zeit bedarf, bis die Cytorrhycten aus dem Bindegewebe entfernt werden oder dort absterben.

Schourp-Danzig.

Diagnostische Gewebs- und Blutuntersuchungen bei Syphilis, von A. NEISSER, C. BRUCK und A. SCHUCHT. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 48.) Die Mitteilung ist dem Referate NEISSERS auf dem Kongreſs der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Bern entnommen. (Referiert in diesen Heften. Bd. 43. Nr. 8) Indem Verfasser auf den praktischen Wert der serodiagnostischen Versuche aufmerksam machen, richten sie an alle Leser die Bitte, Blutextrakte und Serum, Organextrakte und Spinalflüssigkeit von geeigneten Fällen der Breslauer dermatologischen Klinik zugehen zu lassen; viele Kollegen könnten die ihnen zugehenden Untersuchungsergebnisse zum Vorteil der Kranken verwenden.

Die serodiagnostischen Versuche beruhen auf dem Prinzipe, daſs es mit Hilfe der sogenannten Komplementablenkung gelingt, in Organextrakten und Körpersäften einerseits das Vorhandensein gelöster Bakteriensubstanzen, andererseits die Anwesenheit der entsprechenden, vom Körper erzeugten spezifischen Antikörper nachzuweisen. Die Reaktion besteht kurz gesagt darin, daſs gemischt wird ein „hämolytisches System“ mit dem spezifischen „Antigen-Antikörpergemisch“. „Antigen“ ist ist der spezifische, von den Krankheitserregern gelieferte, den Antikörper erzeugende Krankheitsstoff.

Für praktisch-diagnostische Zwecke käme in Betracht:

A) die Untersuchung von Gewebsextrakten von Organen von Foeten und Kindern,

von Placenten, von exstirpierten Drüsen und Neubildungen mit fraglicher Syphilis;

B) die Untersuchung von Blutextrakten und Sera von Patienten,

a) deren Syphilis überhaupt noch nicht mit Sicherheit feststeht (ganz frische Fälle; Fälle mit schon sehr lange zurückliegender fraglicher Infektion; Fälle mit unklaren, verdächtigen Syphilissymptomen und vollkommenem Mangel einer Syphilisanamnese);

b) deren Lues wohl bekannt ist, wo aber ein Anhaltspunkt gewonnen werden kann, ob man noch mit Krankheit rechnen mufs oder vielleicht auf erzielte Heilung rechnen darf.

Für alle diese Fälle würde

1. eine positive Antigenreaktion zu deuten sein in dem Sinne, dafs Syphilisparasiten noch im Körper existieren;

2. eine positive Antikörper-Reaktion zu deuten sein in dem Sinne, dafs zu irgend einer Zeit der Körper Syphilisparasiten beherbergt hat.

Man wird also Fälle mit Antigenreaktion stets behandeln, Fälle mit Antikörper-Reaktion nur, wenn sie bisher nie behandelt waren, oder wenn sie noch unklare, auf Lues verdächtige Symptome aufweisen.

Negative Reaktion kommt für praktische Zwecke nicht in Betracht.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über multiplen Schanker, Mitteilung eines Falles mit fünf Initial-Sklerosen am Penis, von Frank Crozen Knowles-Philadelphia. (*New York med. journ.* 8. Dez. 1906.) Verfasser hält das Vorkommen mehrfacher Initialaffekte für sehr selten, indem er unter etwa 200 Fällen primärer Syphilis nur drei mit multiplen Schankern beobachtete; in einem Falle safsen drei harte Schanker an der Brust, in einem zweiten zwei am Penis und in dem hier eingehender beschriebenen Falle fünf an verschiedenen Stellen des Penis. Um die Diagnose zu sichern, wurde anfangs nur lokale Behandlung und erst, als eine maculo-papulöse Eruption auftrat, die Allgemeinkur eingeleitet. Wenn des Patienten, eines 28jährigen Arbeiters, Feststellung eine richtige war, so handelte es sich um allmähliches Auftreten der verschiedenen harten Schanker (Chancres syphilitiques successifs). Bei einer nochmals fünf Monate später vorgenommenen Untersuchung fand K. an Stelle der Schankergeschwüre fünf charakteristische Narben und am Anus ein breites Condylom. *Stern-München.*

Über den Tonsillarschanker, von Swershewski. (*Medicinskoje Obosrenje.* 1906. Nr. 22) Auf Grund von 17 Fällen primärer Infektion der Tonsillen, welche Verfasser an zwei Moskauer Ambulatorien zu beobachten Gelegenheit hatte, spricht sich Verfasser dahin aus, dafs die Diagnose vor Eintritt der allgemeinen Erscheinungen in vielen Fällen sehr schwierig ist. Teils, weil die verschiedenen Erkrankungen der Schleimhaut der Mundhöhle und speziell der Mandeln sehr ähnlich sind, teils, weil ein und dieselbe Krankheit durch verschiedene Nebenumstände ganz verschiedene pathologische Veränderungen hervorbringen kann. Als Grundformen des Tonsillarschankers erkennt Verfasser nur die Fourniersche erosive wie ulceröse Form an, während er alle übrigen Formen nur als Kombinationen derselben mit anderen Infektionen ansieht. Als wichtigste und regelmäfsigste Merkmale des Tonsillarschankers sind seine Einseitigkeit, die charakteristische Schwellung der betreffenden Halslymphdrüsen und die örtliche Härte zu nennen. Alle übrigen Zeichen sind wechselnd; allenfalls wäre noch der langsame Verlauf dieser Krankheitsform hervorzuheben.

Artur Jordan-Moskau.

Ein Fall von Syphilis ulcerosa der Gesichtshaut, von Rille. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 46.) In der medizinischen Gesellschaft zu Leipzig

demonstrierte Rille eine 27jährige Frau mit Syphilis ulcerosa der Gesichtshaut in ungewöhnlicher Ausdehnung. Die gesamte Nasenhaut, beide oberen Augenlider und mehr als das mittlere Drittel der Stirnhaut waren eingenommen von einer einzigen, scharfrandig begrenzten, etwa kleeblattartig konfigurierten Ulceration, welche in der Nasengegend bereits üppige Granulationen und an den übrigen Teilen beginnende Narbenbildung zeigte. Die Lidspalte war bis auf ein Drittel infolge der Schwellung verengt. An der Grenze des knöchernen und des knorpeligen Septum bestand eine erbsengroſse Perforationsöffnung, welche in die rechte Nasenhöhle führte. Die Krankheitsdauer seit der Infektion dürfte nach Verfasser mit Rücksicht auf das am Halse befindliche kleinfleckige Leukoderma syphiliticum auf höchstens 1—1½ Jahre zu beziffern sein.

Der Krankheitsverlauf vor der Spitalsaufnahme und im Spital illustriert wiederum, wie auſserordentlich wichtig neben der spezifischen Allgemeinbehandlung auch noch die lokale Behandlung der einzelnen Syphiliseruptionen ist.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über Erythema nodosum syphiliticum, von L. Török Budapest. (*Budapesti Orv. Ujs. Dermatol. Beil.* 1906. Nr. 4.) Die beschriebenen fünf Fälle zeigen einen ununterbrochenen Übergang von dem sogenannten Erythema nodosum syphiliticum zu den typischen Gummata. Beide Formen können selbst gleichzeitig bei einem und demselben Kranken beobachtet werden. Die Annahme Marcuses, daſs beide Erscheinungsformen nur in Betracht der Intensität des pathologischen Prozesses auseinandergehalten werden können, wird bestätigt. Das Erythema nodosum syphiliticum ist auch nur ein Gumma, ein kutanes oder subkutanes Syphilom, und sobald sie im sekundären Stadium auftritt, ein frühzeitiges Gumma. Die Veränderungen entstehen auf hämatogenem Wege und beginnen wahrscheinlich mit einer Phlebitis. — Die übliche Benennung ist fehlerhaft und überflüssig. *B. Kollarits-Budapest.*

Ein Fall von syphilitischen Veränderungen des Unterkiefergelenkes, von Wactan Sterling-Warschau. (*Gazeta lekarska.* 1906. Nr. 29.) Verfasser beschreibt einen Fall von syphilitischer Affektion des Unterkiefergelenkes, dessen Gelenksflächen durch den Prozeſs vergröſsert wurden, so daſs es zur Bewegungseinschränkung daselbst gekommen ist. Patient hat vor fünf Jahren eine frische Lues durchgemacht, die sehr mangelhaft behandelt wurde (einmalige Quecksilberkur) und weist jetzt auſser der beschriebenen keine andere spezifische Erkrankung auf. Die Diagnose konnte bereits mit gröſster Wahrscheinlichkeit aus dem klinischen Verlaufe — nach Ausschlieſsung der in Erwägung kommenden Prozesse (Rheuma, Gicht, Tripper, Tuberkulose) — gestellt werden und wurde durch den Erfolg der Jod-Quecksilberkur vollkommen bestätigt. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die syphilitischen Arthropathien, von L. Dominici. (*Il Policlinico.* Heft 9. 1906.) Gestützt auf seine eigenen Untersuchungen an zwei Fällen von spezifischen Gelenkentzündungen kommt der Verfasser zum Schlusse, daſs die luetischen Arthropathien klinisch keine spezifischen Merkmale aufweisen, so daſs, so lange die Studien über das ätiologische Element der Syphilis nicht abgeschlossen sein werden, die Diagnose dieser Affektionen nicht auf dem direkten Wege wird gestellt werden können. Eine Klassifikation der luetischen Arthropathien hat vorläufig höchstens einen theoretischen Wert, keineswegs aber einen praktischen, weil sich die verschiedenen Formen vermischen. Wie die beiden vom Verfasser beschriebenen Fälle zeigen, gibt es eine primäre luetische Arthropathie, was einzelne Autoren geleugnet haben.

C. Müller-Genf.

Zur Kenntnis der syphilitischen Aortitis, von B. Giralt. (*Thèse de Montpellier.* 1906. Nr. 77.) *Fritz Loeb-München.*

Beschreibung eines Herzens mit gummöser Infiltration der auriculoventrikulären Fasern, von A. Keith und C. Miller-London. (*Lancet.* 1906. Nr. 24.) Es handelte sich um einen 56jährigen Mann, der 13 Jahre vor seinem Tode und 15 Jahre nach der Primäraffektion Symptome von seiten des Herzens, Palpitationen, Blutandrang zum Kopfe im Verein mit stechenden Schmerzen und gelegentlichen Ohnmachtsanwandlungen dargeboten hatte. Bei der Aufnahme fand man abgeschwächte und verlangsamte Herztätigkeit, ein systolisches Geräusch an der Herzspitze und starke Varicenbildung, namentlich am rechten Bein und am Abdomen. Jodkalium brachte einige Besserung. Nach dem an perforierender Appendicitis erfolgten Tode fand man eine ausgedehnte gummöse Infiltration des Herzens in der Gegend der oberen (nicht der unteren) V. cava, welche gänzlich obliteriert war, während die V. cava inf. fast doppelt so grofs wie normal war. Ferner war der Sinus des linken Vorhofs zu einem narbigen Ring zusammengeschrumpft und das Herz auch sonst pathologisch verändert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Ansteckungsfähigkeit des Gumma, von Charles Mallary Williams-New York. (*Med. Record.* 14. Juli 1906.) In erster Linie beantwortet W. die Frage, warum so selten Fälle derartiger Übertragung berichtet werden, und zwar sind die Ursachen hierfür mehrere: 1. Tertiärerscheinungen sind viel seltener als die sekundären; 2. deren Lage ist im allgemeinen für eine Übertragung weniger günstig, da sie selten an den Geschlechtsteilen oder am Munde usw. vorkommen; 3. die äufsere Form — Gröfse — eines Gumma ist durch ihr jedermann erkennbares Volumen für eine Ansteckung wenig geeignet und wird dieselbe dadurch meist vermieden. Ein vierter Faktor ist das Alter, in welchem Tertiärerscheinungen vorkommen; primäre Syphilis ist hauptsächlich eine Krankheit der Jugend und nach dem 25. Lebensjahre werden die Gefahren der Ansteckung und auch die, andere anzustecken, immer geringer. Trotzdem sind eine Anzahl Fälle aus der Literatur bekannt — W. zählt deren 25 auf, Feulard und Tarassewitsch hatten 45 gesammelt, — wo zweifellos Tertiärerscheinungen der Lues übertragen worden sind. Die erste erfolgreiche Überimpfung gummatösen Materials gelang sodann im Tierexperimente Finger im Jahre 1905, Neisser berichtet ebenfalls über verschiedene positive Impfresultate (1906) mit tertiärem Material, und in einem Falle des letzteren war die Syphilis des Patienten, dessen Gumma das infektiöse Material lieferte, bereits zehn Jahre alt. Neisser zögerte lange, den syphilitischen Charakter der am Affen beobachteten Veränderungen anzuerkennen, und Finger sah sich durch die Impferfolge genötigt, seine alte Theorie, dafs Gummata durch Toxine, die im Organismus infolge einer alten Syphilis verblieben seien, veranlafst wären, endgültig aufzugeben. Eine andere Frage ist nun die, ob ein Gumma immer ansteckend ist, und auch hier mufs die Entscheidung auf weiteren Impfversuchen beruhen. Als praktische Folgerung aus all diesen Studien ergibt sich jedenfalls, dafs, so lange jemand irgend welche Erscheinungen von Syphilis zeigt, er als Ansteckungsquelle für die Allgemeinheit anzusehen ist. Ein reiches Literaturverzeichnis (59 Nummern) ergänzt die lesenswerte Arbeit von Williams.

Stern-München.

Die veraltete tertiäre Syphilis, von Dieulafoy. (*Journ. des pratic.* 1906. Nr. 4.) Tertiär-syphilitische Veränderungen einzelner Organe bleiben, wenn keine spezifische Behandlung eingeleitet wird, oft viele Jahre stationär, ohne dafs weitere luetische Erscheinungen auftreten; eine Reihe solcher Fälle teilt D. kurz mit. Bei einem Kranken bestand lange Zeit ein enormes, diffuses, die Harnentleerung stark behinderndes Syphilom am Präputium; ein anderer hatte sieben Jahre lang im Gesicht, am behaarten Kopfe und am Nacken ein papulo-tuberkulöses Syphilid, das während der ganzen Zeit unverändert blieb. Wieder ein anderer Patient bekam 12 Jahre

nach der Infektion am rechten Unterschenkel eine starke elephantiastische Verdickung und ein hypertrophisch-papulöses, in Gruppen angeordnetes Syphilid, Erscheinungen, die acht Jahre völlig unverändert weiter bestanden. In einem anderen Falle handelte es sich um eine vier Jahre hindurch bestehende Angina pectoris und schwere Veränderungen am Auge, bei einem weiteren Kranken um eine seit 20 Jahren vorhandene gummöse Ulceration an der Zunge, im letzten Falle endlich um eine Perforation des Gaumens, die 17 Jahre lang bestand und von Jahr zu Jahr nur etwa um 1 mm an Ausdehnung gewann. — Das Wichtigste bei Fällen dieser Art ist, daſs der Arzt an Syphilis denkt; die Affektionen lassen sich trotz jahrelanger Dauer durch Quecksilberinjektionskuren zur Heilung bewegen. *Götz-München.*

Ein Fall von tertiärer Syphilis und Jododerma tuberosum, von Rille. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 46.) In der Medizinischen Gesellschaft zu Leipzig demonstrierte Rille eine 55jährige Frau mit ausgedehnten, mit der knöchernen Unterlage verwachsenen Narben am Schädeldache nach gummöser Osteoperiostitis, narbigen Defekten an den tieferen Rachengebilden und Verlust der Uvula und der Tonsillen. Auſserdem zeigte die Gesichtshaut sowie die linke seitliche Halsgegend, die linke Ohrmuschel und die Narbenhaut am Scheitel akut entstandene, scharf umschriebene, knopfartig erhabene, pfennig- bis über zweimarkstückgroſse, lebhaft schmerzhafte Knoten und Geschwülste, welche mit einer dichten, weiſslichgrauen bis graugelben Exsudatschicht gleichmäſsig bedeckt sind. Bei einzelnen Knoten findet man die Epidermis zu einer niedrigen Blase abgehoben, unter welcher dünner, weiſser Eiter retiniert ist. Sämtliche Effloreszenzen sind von einem breiten, akut geröteten Entzündungshofe umgeben. Lues war angesichts der Akuität der Hauteruptionen und des Fehlens der charakteristischen, braunroten Infiltration sofort auszuschlieſsen.

Entfernte Ähnlichkeit hatte die Infektion mit Rotz, mit Vaccine, mit „Dermatite vacciniforme des jeunes enfants“ (Besnier u. a.) und mit Bromexanthem.

Die Eruption der beschriebenen Hautaffektion erfolgte vier Tage nach Beginn der Jodkaliumdarreichung. Im Eiter der Hauteffloreszenzen konnte der Vortragende Jod nicht nachweisen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Beiträge zur Röntgenoskopie von Knochenaffektionen hereditär-luetischer Säuglinge, von Otto Reinach-München. (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. 45. Heft 1 und 2.) Sieben Krankenberichte und Skiagrammbefunde auf drei Lichtdrucktafeln. Bei sechs der Fälle handelte es sich vorwiegend um Anschwellungen der proximalen Vorderarm- und zum Teil auch distalen Humerusenden, beim siebenten um diffuse Verdickung beider Unterschenkel. Die in vivo vermittels Radioskopie eruierten Befunde lassen sich mit den histologischen Untersuchungen über Knochenveränderungen bei angeborener Syphilis in guten Einklang bringen. *Schourp-Danzig.*

Ein Beitrag zur Genese der Augenerkrankungen bei hereditärer Lues, von Hans Bab. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 48.) Verfasser hat die inneren Organe einer mazerierten männlichen Totgeburt, deren Eltern Syphilitiker waren, behufs Untersuchung auf Spirochäten in toto in die Silberlösung eingelegt und dann Serienübersichtsschnitte angefertigt. Durch die makroskopisch in keinerlei Weise veränderten Augen wurden Frontalschnitte gelegt. Das Auge wurde als auf dem Wege der Blutbahn mit Spirochäten überschwemmt befunden; die Parasiten vermehren sich dann augenscheinlich im Gewebe und wandern weiter. Am reichlichsten fanden sich Spirochäten in der Chorioidea, von der sie sich im Irisstroma ausbreiten, nach auſsen zu in der Sclera und in den tieferen Schichten der Cornea. In der Linse und im Glaskörper fehlten die Spirochäten. — In einem zweiten Falle, der einen syphilitischen Fötus betrifft, wurden dieselben Befunde konstatiert, auſserdem

aber fanden sich Spirochäten in der Nachbarschaft des Opticus in den Wandungen und auch im Lumen der Blutgefäfse des retrobulbären Fettgewebes. Im Opticus selbst lagen sie hauptsächlich in der Arteria und Vena centralis retinae; sie dringen dann in den bindegewebigen Septen zwischen den Bündeln der Nerven vor, um hier und da schliefslich auch in die Nervensubstanz einzudringen. In den äufseren Augenmuskeln wurden die Spirochäten vereinzelt vorgefunden, ebenso in den Wandungen der Retinagefäfse und in deren nächster Umgebung.

Im Anschlufs teilt Verfasser mit, dafs er auch die Nase syphilitischer Totgeburten mit der Silbermethode untersucht und in der Nasenschleimhaut die Spirochaeta pallida nachgewiesen hat. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Pathologisch-anatomische Befunde an den Augen bei zwei Fällen von Lues congenita, von Hans Schlimpert. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 48.) Verfasser untersuchte im pathologischen Institut des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt die Augen bei zwei Fällen von Lues congenita. Im Fall 1 handelte es sich um frühgeborenen mazerierten Fötus, im Fall 2 um ein ausgetragenes Kind, das extrauterin gelebt hatte. Die histologische Untersuchung der Augen in beiden Fällen zeigte, dafs eine besonders in der Nähe der Gefäfse bemerkbare und das interstitielle Gewebe bevorzugende Entzündung vorlag, die aber nicht gleichmäfsig alle Organe befallen hat, sondern für einige eine gewisse Vorliebe zeigte (Chorioidea, Muskeln).

Bei den Spirochätenbefunden an den beiden Augen fiel im allgemeinen das relativ spärliche Vorkommen der Parasiten auf (in den übrigen Organen wurden sie im Fall 2 in grofser Massenhaftigkeit nachgewiesen). Die Betrachtung der Spirochätenbefunde an den einzelnen Teilen des Auges bietet nicht viel Besonderes. Wichtig ist vor allem, dafs durch den Nachweis der Parasiten in den einzelnen Teilen die betreffenden histologischen Veränderungen (Chorioiditis, Myositis usw.) als syphilitisch gekennzeichnet sind. Das Hauptgewicht wird aber vom Verfasser auf die zuerst beobachteten und durch den Spirochätennachweis als spezifisch erwiesenen Veränderungen, die Conjunctivitis gummosa, die Dakryoadenitis und die Myositis der äufseren Augenmuskeln gelegt. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Zur Allgemeinbehandlung der Syphilis, von Leopold Loew-Abazzia-Ichl. (*Ther. Monatsh.* 1906. Nr. 11.) Vielen Injektionsmitteln von Quecksilberpräparaten ist von Hirsch eine neue Kombination hinzugefügt, welche 1% Hydrargyrum oxycyanatum und 0,5% Akoin enthält. Die Wirkung ist ausgezeichnet, das Mittel völlig reizlos und ungefährlich. H. injizierte tief subcutan neben der Wirbelsäule in Intervallen von zwei bis vier Tagen je 1—1½ ccm der Lösung. Loew prüfte die Sache nach, er injizierte täglich 1 ccm intramuskulär in die Glutäalgegend, und zwar im ganzen je 15—25 Spritzen. Das Resultat war in jeder Weise befriedigend.

Bernhard Schulze-Kiel.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *Oberhaut.*

Ekzema, eine Skizze über dessen Entstehung und Behandlung, von James C. Johnston-New York. (*New York med. Journ.* 20. Okt. 1906.) J. teilt das Ekzema — die katarrhalische Dermatitis — in zwei grofse Gruppen ein: 1. inneren Ursprungs, wie durch Autointoxikation, Medikamente usw., und 2. äufseren Ursprungs, wie durch Beschäftigung, Witterung, Ekzema seborrhoicum usw. Er gibt sodann eine genaue, histologische, mit entsprechenden Abbildungen versehene Beschreibung der drei Haupt-

stadien des Ekzems: des akuten vesikulären, subakuten krustösen und des chronischen (Schuppen-) Ekzems, die im wesentlichen nur bekannte Tatsachen bringt. Auch auf die zahlreichen ätiologischen Unterlagen, die ja ebenfalls allgemein bekannt sind, kann hier weiter nicht eingegangen werden. Was die Therapie betrifft, so stellt J. folgende Grundsätze für die äufsere Behandlung auf: 1. Der Patient sollte jeden zweiten Tag gründlich untersucht und die Medikation je nach Erfordernis gewechselt werden. 2. Salben sind kontraindiziert, wenn es sich um exsudierende Oberflächen handelt. 3. Aller Eiter, Krusten, Schuppen müssen von der Oberfläche entfernt, und 4. Kaposis Worte: Akute Herde sollen mit beruhigenden und chronische mit stimulierenden Mitteln behandelt werden, seien die Hauptrichtschnur der Behandlung. Durch die Beseitigung der äufseren und inneren Schädlichkeiten, soweit es möglich ist, und durch Befolgung letzteren Grundsatzes gelingt es nach J.s Ansicht, das Ekzema auf eine Basis der Behandlung, auf die einer akuten Erkrankung zu bringen. Im allgemeinen folgt hier Verfasser den Lehrsätzen der Lassarschen Schule. Bei der Behandlung des chronischen Ekzems von Handflächen und Fufssohlen (übrigens nicht zu verwechseln mit Hyperkeratosis) finden Bleipräparate nach Teer, konzentrierter Salicylsäure und anderen reduzierenden Substanzen die beste Anwendung. Macht der Prozefs der Involution in irgendeinem Stadium Halt und droht eine Pertinenz des subakuten Zustandes, so ist es nur notwendig, das eine oder andere der stimulierenden Mittel anzuwenden. Jedes Ekzema von mäfsiger Ausdehnung, so lauten Verfassers Schlufsworte, sollte in vier bis sechs Wochen bei genauer Befolgung der ärztlichen Vorschriften verschwinden, mit Ausnahme der an Handteller und Fufssohlen befindlichen, wo vier Monate erfahrener Behandlung oft nicht genug sein können.

Stern-München.

Was ist die Ursache des akuten Ekzems? von J. Csillag-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1906. Nr. 36.) In 83% der ersten, akuten Ekzemeruptionen kann die Ursache nachgewiesen werden, und zwar immer als eine auf die Haut extern wirkende, oft scheinbar gänzlich indifferente chemische Substanz, welche die banalen Formen des akuten Ekzems bei überempfindlicher Haut (Idiosynkrasie) hervorruft. Die Unkenntnis dieser Tatsache führte zur Annahme der Reflextheorie. *B. Kollarits-Budapest.*

Die Differenzierung der (sogenannten) seborrhoischen Affektionen der Kopfschwarte, von E. D. Chipman-San Francisco. (*Calif. State Journ. of Med.* März 1906.) Verfasser unterscheidet streng zwischen der trockenen Schuppenbildung auf der Kopfhaut, Pityriasis, und der mit Fettausscheidung verbundenen Seborrhoe. Erstere Affektion ist eine einfache Hyperkeratose, eine Hypertrophie des Stratum corneum, bedingt durch die Einwirkung des Flaschenbacillus, wenigstens nach Sabourauds Ansicht. Die Behandlung kann nur mit Hilfe von Salben, denen Teerpräparate oder Salicyl zugesetzt werden kann, erfolgen; Seifenbehandlung ist kontraindiziert. Die eigentliche Seborrhoe dagegen geht mit der Entwicklung des Morococcus oder (nach Welch) des Staphylococcus epidermidis albus einher. Für diesen Zustand sind namentlich Schwefel indiziert und Waschungen mit alkoholischen Lösungen usw. Bei der dritten Form, mit Alopecie einhergehend, findet man den Sabouraudschen Mikrobacillus. Dabei besteht ein vermehrtes Vorhandensein von Sebum auf der Haut; die Talgdrüsen sind hypertrophisch, und die Ausführungsgänge sind mit Ausgüssen angefüllt. C. wünscht die Bezeichnung Seborrhoe allein für diesen Zustand reserviert zu sehen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Das Ekzem der Säuglinge, von Variot. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 16.) V. weist auf den ursächlichen Zusammenhang zwischen Verdauungsstörungen und ekzematösen Hauterkrankungen bei Säuglingen hin und betont, dafs auch bei richtig ernährten Brustkindern diese beiden Affektionen vorkommen und zuweilen sogar zum

Tode führen können; in solchen Fällen werden wohl zumeist Nierenveränderungen vorliegen. — Bei allen ekzematös erkrankten Säuglingen gilt es, in erster Linie die Qualität der Milch zu kontrollieren und die Nahrungsmenge einzuschränken; außerdem empfiehlt V. Darmspülungen mit einer Abkochung von Eibischwurzel, Bäder mit Stärkemehlzusatz, Applikation einer Zinkoxydsalbe und Verabreichung von Magnesia usta. Vom Gebrauch von Salol, Naphtol usw. rät V. ab, die Ernährung mit Buttermilch hat nach seiner Überzeugung keinerlei Vorteile. Eine energische Behandlung der Säuglingsekzeme mit stark wirkenden Mitteln, wie Oleum cadinum u. dgl. erklärt V. infolge eigener Beobachtungen in Übereinstimmung mit dem Volksglauben für sehr gefährlich. *Götz-München.*

Augenekzem im Kindesalter, von FREDERIK KRAUSS-Philadelphia. (*New York med. Journ.* 30. Juni 1906.) Unter dieser Art Ekzem versteht man eine in Verbindung mit manchen phlyktänulären Entzündungen der Conjunctiva und Cornea stehende akute, subakute oder chronische Erkrankung der Haut an oder um den Lidern, im Beginn durch Erythem, Papeln, Bläschen oder Pusteln charakterisiert, später in Infiltration und Verdickung der Haut übergehend und von mehr oder weniger heftigem Jucken und Brennen begleitet. Die Erkrankung befällt gewöhnlich Kinder im Alter bis zu zehn Jahren; ihre Ätiologie ist ebenso schwer festzustellen wie bei anderen Ekzemformen, zweifellos ist sie aber die Lokalerscheinung einer konstitutionellen Erkrankung, deren genaue Natur nicht zu ermitteln ist. Eine gewisse Prädisposition schafft Alkoholismus, Tuberkulose, halb geheilte Syphilis und uratische Diathese der Eltern. Diese Liderkrankung ist besonders häufig im Alter von etwa zwei Jahren, verläuft zuweilen endemisch und tritt in den Monaten Mai, Juni und April mit Vorliebe auf. Nach den Erfahrungen von KRAUSS bildet sie 21% aller Augenkrankheiten bei Kindern unter 16 Jahren. Die Behandlung besteht in einer allgemeinen, hygienisch-diätetischen und einer lokalen, anfangs antiseptischen Waschung mit Borlösung, eventuell mit Zusatz von geringen Mengen von Kokain und Adrenalin, später gelber Hg-Salbe. — Bettruhe beschleunigt in hartnäckigeren Fällen die Heilung.

Stern-München.

Die Behandlung des Ekzems mit strahlender Wärme, von J. TÓTH-Budapest. (*Gyógyászat.* 1906. Nr. 23.) Auf Grund von Erfahrungen, die Verfasser an sich selbst gemacht hat, wird die strahlende Wärme mit heißen Waschungen kombiniert empfohlen. *B. Kollarits-Budapest.*

Zur Therapie des Erythema und Ekzema intertrigo der Säuglinge, von FÜRST-Berlin. (*Der Kinderarzt.* 1906. Nr. 3.) Um das Erythema und Ekzema intertrigo der Säuglinge cito, tuto et jucunde zu heilen, empfiehlt Verfasser, das betreffende Kind nach jeder Entleerung trocken mit Watte, dann ein wenig mit 3%iger essigsaurer Tonerde und dann nochmals mit Watte ganz trocken abzuwischen. Hierauf wird gepudert mit Thioformpuder, entweder dem vom Erzeuger des Thioforms hergestellten Puder oder einem solchen von folgender Zusammensetzung:

℞ *Thioform* 15,0
Talci
Kaolini āā 30,0
Sem. Lykopodii 20,0
Rhizoma Iridis 5,0
M. S. Streupuder.

Das Thioform verdient nach Verfasser viel mehr gewürdigt zu werden, als es bislang der Fall ist. *Putzler-Danzig.*

Dermatitis exfoliativa beim Neugeborenen (RITTERs Krankheit), von B. M. BAKER-Norfolk. (*New York med. Journ.* 9. Juni 1906.) In Anbetracht der Selten-

heit dieser Affektion in Amerika — B. konnte nur sieben derartige Fälle aus der bezüglichen amerikanischen Literatur sammeln — sieht sich Verfasser veranlaſst, den von ihm beobachteten Fall typischer Dermatitis exfoliativa bei einem neugeborenen Kinde ausführlich zu beschreiben und anschlieſsend die diagnostisch wichtigsten Punkte des Leidens hervorzuheben. Die Affektion beginnt meist in den ersten Lebenswochen, zwischen der zweiten und fünften Woche, in ganz akuter Weise mit diffuser Röte an der unteren Hälfte des Gesichts, geht rasch auf Wangen und Stirne, auf Brust, Bauch und Extremitäten über — in etwa 36—48 Stunden — und es schlieſst sich dann in derselben Reihenfolge Exfoliation an, wobei die Epidermis leicht verdickt, trocken, gerunzelt usw. ist, aber keine Spur von Exsudation zeigt. In schwereren Fällen tritt Marasmus und auch nach Verschwinden der Hautsymptome Kachexie und Tod (in 50% der Fälle) ein. Differentialdiagnostisch kommen Erysipel — bei Neugeborenen selten so ausgebreitet —, hereditäre Syphilis, auch Pemphigus simplex und foliaceus usw. in Betracht. Therapeutisch bewährte sich B. fleiſsige Waschung mit weicher Seife und Applikation sehr verdünnten Karbolöls. Auch B. vertritt den Standpunkt, daſs es sich bei diesem Hautleiden um eine spezielle, von Pemphigus verschiedene Affektion handelt. *Stern-München.*

Fälle von Erythema scarlatiniforme, welche mit der Diagnose Scharlach ins Krankenhaus geschickt wurden, von J. Beard und T. W. Naylor Barlow-Brotle. (*Lancet.* 31. März 1906.) Nr. I. Knabe, acht Jahre alt, wurde mit starker allgemeiner Abschuppung aufgenommen. Er war ein Jahr zuvor im selben Hospital an typischem Scharlach behandelt worden. Bei der zweiten Aufnahme waren die Schuppen wesentlich dünner und weiſser als bei Scharlach. Entlassung bei völliger Gesundheit nach zehn Tagen.

Nr. II. Ein 23jähriger Mann, der mehrmals an Erythema scarlatiniforme behandelt worden war, wurde wieder mit der Diagnose Scharlach eingeliefert. Nach fünf Tagen wurde er gesund entlassen.

Differentialdiagnostisch sind drei Momente bei Erythema scarlatiniforme von Bedeutung: das frühe Einsetzen der Abschuppung, der Beginn derselben bei noch bestehendem Erythem und das eigentümlich fettig glänzende Aussehen der nach der Abschuppung zu beobachtenden erythematösen Oberfläche.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Pityriasis rosea, von D. W. Montgomery-San Francisco. (*Calif. State Journ. Med.* April 1906.) Verfasser hat 38 Fälle dieser Affektion beobachtet. Ob sie, wie von anderer Seite behauptet worden ist, mit Seborrhoe direkt in Zusammenhang steht, läſst er unentschieden, obgleich seine (nicht ganz genauen) Zahlenangaben hierfür in gewissem Grade zu sprechen scheinen. Die Dauer des Leidens beträgt seiner Erfahrung nach eine verschieden lange Zeit, von einer Woche bis zu vier Monaten. In therapeutischer Beziehung bevorzugt er die Jamiesonsche Methode mit täglichen halbstündigen Vollbädern, denen Kaliumpermanganat zugesetzt ist, und nachheriger Einreibung mit Salicylvaselin (3—5%). *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beiträge zur Kenntnis der Pityriasis rubra (Hebra), von H. Kanitz-Kolozsvár. (*Orvosi Hetilap.* 1906. Nr. 9—12.) Bei einem 65jährigen Manne wurde die Krankheit jahrelang beobachtet und eine genaue histologische Untersuchung vorgenommen, deren Ergebnisse in folgendem zusammengefaſst werden können: Im Beginne bestehen reaktive Reizzustände im Corium, die sich in perivaskulärer Infiltration der papillären Blutgefäſse offenbaren. Neben diesen entzündlichen Symptomen besteht eine Funktionsstörung der Zellen der Malpighischen Schichte, die sich in Anomalien der Verhornung — klinisch Schuppung — und in Proliferation dieser Zellen äuſsert. Im weiteren Verlaufe ist die Atrophie der papillären und subpapillären

Schichte zu konstatieren, die nirgends einen höheren Grad erreicht und die von der Atrophie der Epidermis und Zerstörung der Haarbälge und Talgdrüsen begleitet wird. — Bei der Sektion wurden die oberflächlichen Inguinal-, Axillar- und Cervikaldrüsen untersucht, die durch ihren hohen Pigmentgehalt auffielen. Die gröfste Zahl der Drüsen zeigte ganz typische tuberkulöse Veränderungen: Verkäsung, Epitheloide- und Riesenzellen. Kochsche Bazillen sind nicht gefunden worden. In den Lungen waren zahlreiche kleine, tuberkulöse Herde. — K. hält es für wahrscheinlich, dafs bei einem Teile der unter dem Bilde der Pityriasis rubra Hebra verlaufenden Fälle ein pathogenetischer Zusammenhang mit der Tuberkulose vorliegt; möglicherweise sind diese Fälle als Toxituberkulide anzusehen. *B. Kollarits-Budapest.*

Ein Fall von Pityriasis rubra, von Halle-Berlin. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 17.) Das Leiden besteht seit acht Jahren und ist nur sehr langsam fortgeschritten, der Juckreiz ist jetzt geschwunden unter Karbolpillen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Neuere Erfahrungen und Anschauungen über Psoriasis, von P. G. Unna-Hamburg. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 39—40.) Vortrag, gehalten vor russischen Ärzten in Berlin. Verfasser kritisiert die bisherigen Anschauungen über Psoriasis. Der Grundfehler derselben liege darin, dafs man ihr im System der Hautkrankheiten eine isolierte Stellung gegeben hat, die sie weitab von Ekzem rückt. Aber die zahlreichen Übergänge in der Effloreszenzbildung, in der Lokalisation, in den Begleiterscheinungen, Übergänge der gesamten klinischen Erscheinungsform (Übergänge der beiden Typen in situ und in tempore), endlich die klinische Erfahrung, dafs die Heilmittel gegen Psoriasis auch alle bei Ekzem heilsam sind, — beweisen, dafs die Psoriasis in der grofsen Gruppe der Ekzeme nur einen Grenzfall darstellt, nämlich die extreme und daher sehr charakteristische Form eines trockenen Ekzems auf einer dazu disponierten Haut.

Den Abschlufs dieser neuen Darstellung der Psoriasis gaben die histologischen Untersuchungen, welche uns kennen lehrten, dafs der anatomische Aufbau der Psoriasis und der trockenen Ekzeme nahezu der gleiche ist. Ebenso wie die Ekzeme reiht Verfasser die Psoriasis in die Klasse der parasitären Affektionen der Oberhaut. Dementsprechend mufs auch die Behandlung der Psoriasis in Anwendung der antiseptischen Mittel bestehen.

Diese Behandlung mufs aber womöglich radikal sein. Es ist ganz falsch, wenn man von Unheilbarkeit der Psoriasis spricht. Die übliche Behandlung der Schuppenflechte besteht nur in einer einfachen „oberflächlichen Reinigung" der Haut von den psoriatischen Effloreszenzen. Man erklärt in der Regel die Patienten für genügend gereinigt, wo die genauere Inspektion Reste von Effloreszenzen findet, besonders an drei Regionen: am behaarten Kopf, in der Gegend der Ellbogen und Vorderarme und Knie und Unterschenkel. In diesen Resten schlummern die parasitären Keime der alten Effloreszenzen und bilden den Ausgangspunkt für die Rezidive; gegen die mufs nun die „radikale" Behandlung in erster Linie gerichtet werden. Die Entfernung dieser Reste ist viel schwieriger, als die einfache Reinigung von den übrigen Effloreszenzen, da die Keime hier tiefer zu sitzen scheinen. Die regionäre Behandlung dieser Stellen mufs deshalb viel energischer vorgenommen werden. Aber auch nach Beseitigen aller sichtbaren Reste mufs sich der scheinbar geheilte, aber meistens nur genügend „gereinigte" Patient noch weiter wochenlang behandeln lassen, um die unsichtbaren, aber doch wahrscheinlich noch vorhandenen Keime endgiltig zu vernichten.

Auf diese Weise ist die Schuppenflechte wohl heilbar, aber der Erfolg der Behandlung hängt von der Ausdauer und von der Energie nicht nur des Patienten

selbst, sondern auch seiner Umgebung ab. — Für die erste „Reinigung“ empfiehlt Unna dem praktischen Arzt die Anwendung der Chrysarobin- und Pyrogallolsalben; für die regionäre Behandlung der Effloreszenzreste die Dreuwsche Salbe oder sein Schälkollodium. Die Behandlung soll jeden Abend nach vorausgegangener Abseifung mit Schmierseife und Flanellappen wiederholt werden. Bei Lokalisation an der behaarten Kopfhaut soll das Haar womöglich abgeschert werden und die Kopfhaut mit Pyrogallol behandelt werden.

Über die Badereisen für die Psoriatiker spricht sich Verfasser ziemlich pessimistisch aus, obwohl er zugibt, daſs sie „nicht leicht zu viel baden können“. Auch den physikalischen Heilmethoden wird nur wenig Bedeutung zuerkannt. Was die Röntgenstrahlen anbelangt, scheint es ratsam, sie allein auf die hartnäckigsten Stellen zu beschränken, doch ist die Methode hier noch als im Stadium des Versuches zu betrachten. — Die Diätfrage hat bei der Psoriasis nach Verfasser keinen Wert. — Von den speziellen Heilmethoden erwähnt Verfasser die günstige Beeinflussung mancher Psoriasisfälle durch Arsenik, obwohl er noch keine radikale Heilung durch Arsen gesehen hat. Als die geeignetste Anwendung desselben hat Verfasser die gut keratinierten Arsenpillen (à 0,005) gefunden.

In Fällen, wo durch die Anwendung reduzierender Mittel eine bleibende Hyperämie der Haut erzeugt wurde, empfiehlt Verfasser das Naphtalon oder das Vaselinum adustum (trocken erhitztes Vaselin), denen man nach einiger Zeit Pyraloxin (1—5 %) zusetzen darf; das letztere wirke auf die Haut heilend und reizt sie trotzdem gar nicht. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Psoriasis und deren Behandlung, von P. S. Abraham - London. (*Brit. med. Journ.* 14. April 1906.) Verfasser hat an einem reichlichen Material von 582 Fällen im Laufe der letzten fünf Jahre Beobachtungen angestellt, welche zwar nicht durchaus neue, aber immerhin interessante Momente zutage gefördert haben. Die Zahl der Psoriasiskranken ist seiner Erfahrung nach im Zurückgehen begriffen; wenigstens gibt die Zusammenstellung aus den letzten Jahren eine Verminderung ber Psoriasiskranken im Verhältnis zu den anderen Erkrankungen gegenüber den Ergebnissen aus früheren Jahren. In ätiologischer Beziehung drückt sich A. reserviert aus und betont nur den Umstand, daſs das Leiden als eine Affektion der ersten Lebensjahre zu bezeichnen ist, wenn auch einzelne Fälle vom Gegenteil ihm ebenfalls bekannt sind. In therapeutischer Hinsicht bekennt er sich als Anhänger der externen Behandlung. Mit Vorliebe verwendet er Kreolin als Salbe (R. Kreolin 4,0—8,0, Acid. salicylic. 0,5, Hydrarg. ammon. 0,5, Lanolin et Vaselin ää ad 30,0 eventuell mit Sapon. virid. 4,0 bis 12,0 und auch Sulf. praecip. pur. 1,0). Bei poliklinischen Patienten ist es oft nützlich, einzelne Stellen mit einer Lösung von Chrysarobin in Benzin mit einer harten Bürste einzureiben und dann Collodium elasticum darüber zu pinseln. Die interne Darreichung von Arsenik hält A. für höchst unzuverlässig.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Heilung der Psoriasis. Eine Studie über 500 Fälle der Privatpraxis, von L. Duncan Bulkley-New York. (*Journ. americ. med. assoc.* 17. Nov. 1906.) Das Alter der behandelten Patienten schwankte zwischen zwei und 78 Jahren. Am häufigsten traten die Eruptionen im 15. bis 25. Lebensjahre auf. Die Dauer der Eruptionen der meisten beobachteten Fälle war zwischen fünf und zehn Jahren. In 75 % der Fälle war keine Heredität nachweislich. Der Verfasser hält die Psoriasis nicht für eine rein örtliche Erkrankung, sondern unterlegt ihr wichtige Konstitutionsbeziehungen. Deshalb betont er auch die Notwendigkeit der innerlichen Behandlung und einer ausschlieſslich vegetabilischen Ernährungsweise. Die Durchführung der letzteren mit Darreichung von Arsenik und Alkalien muſs etwa zwei Jahre lang ge-

schehen. Bezüglich der lokalen Behandlung rühmt B. außer der Anwendung von Chrysarobin die Erfolge mit Röntgenbestrahlung. *Schourp-Danzig.*

Heliotherapie der Psoriasis, von Michael Guhr-Titva-Széplak. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 17.) Auf dem 27. Balneologenkongreß spricht G. über die Lichtbehandlung der Psoriasis und beschreibt ausführlich die Sonnenbäder, mit denen er täglich 30—50 Minuten lang Psoriatiker behandelt. Die Psoriasisbehandlung setzt sich aus zwei Faktoren zusammen: 1. Die Entfernung der Schuppen und 2. Sonnenbestrahlung des freiliegenden Coriums. Punkt 1 wird durch Schwitzen bei Sonnenbädern ebenso leicht erreicht, wie durch mazerierende Mittel. Im Punkte 2 scheint den Lichtstrahlen eine umstimmende, sogenannte metabolische, den krankhaften Stoffwechsel zur Norm zurückführende Wirkung zuzukommen. Jedenfalls ist nach Verfassers Erfahrungen die Wirkung der Sonnenbäder bei Psoriasis eine entschieden günstige, wie ja auch analog zahlreiche Forscher mit X-Strahlen die Schuppenflechte mehr oder weniger erfolgreich bekämpft haben. Verfasser empfiehlt das Sonnenbad als kuratives Heilmittel und als jährlich 1—2 mal anzuwendendes Prophylaktikum bei der hartnäckigen Schuppenflechte. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Keratitis superficialis als Folgekrankheit von Acne rosacea, von Ernst Kuntz. (Inaug.-Dissert. Greifswald 1905.) Über den Zusammenhang von Acne rosacea sind in der Literatur nur sehr spärliche Angaben zu finden. Verfasser beschreibt ausführlicher zwei Fälle aus der Greifswalder Augenklinik. Es kamen in den letzten Jahren dort zwei Fälle einer eigentümlichen oberflächlichen Hornhautentzündung zur Beobachtung, die sehr an skrophulöse Hornhautentzündung erinnerten, sich aber durch ihr Auftreten bei erwachsenen Personen, durch ihre Coincidenz mit Acne rosacea des Gesichtes sowie durch die Möglichkeit, die vorher sehr zahlreichen Rezidive durch die Behandlung des Gesichtsausschlages zu verhüten, von der skrophulösen Keratitis unterschieden.

Es handelt sich in beiden Fällen um im übrigen gesunde Frauen in den 40er Jahren, die seit längerer Zeit an einer ausgebreiteten Acne rosacea des Gesichtes leiden. Bei beiden tritt eine subepitheliale Entzündung des Hornhautparenchyms auf, die augenscheinlich die Tendenz hatte, sich langsam zentralwärts vorzuschieben. Für die Zusammengehörigkeit dieser Erkrankungen mit der Acne rosacea des Gesichtes läßt sich außer der Eigenart des Krankheitsbildes, dem Fehlen anderweitiger ätiologischer Momente usw. noch anführen, daß die Heilung der Acne rosacea der Hornhautentzündung im ersten Fall vollständig ein Ziel setzte.

Fritz Loeb-München.

Über einen Fall von ausgebreiteter Arsenikkeratosis mit Ausgang in Epitheliom, von K. Ullmann-Wien. (*Allg. Wien. med. Ztg.* 1906. Nr. 6.) Am 28. Mai 1890 stellte Hans v. Hebra in der Wiener Dermatologischen Gesellschaft einen Fall von Schwielenbildung beider Hände bei einer 27jährigen Lehrerstochter vor.

Aus dem Verlaufe der Debatte über den Fall ging hervor, daß sowohl alle Beteiligten, auch v. Hebra und U. gleich von den Ausführungen Kaposis vollständig überzeugt wurden und den Fall demzufolge weiterhin als Tylosis ex hyperidrosi auffasten.

Etwa ein Jahr nach dieser erstmaligen öffentlichen Demonstration führte ein Wechselgespräch über diesen Fall bei Gelegenheit eines Besuches von H. G. Brooke, C. Fox und Pringle u. a. Dermatologen aus London den Dr. Pringle dazu, die Ansicht auszusprechen, daß er den Fall als die von Hutchinson beschriebenen „Pinkpalms", also als symmetrische Arsenikkeratose auffasse.

Die daraufhin noch nachgeholte Anamnese ergab, daß die Patientin von ihrem

Hausarzte wegen Akne seinerzeit etwa in ihrem 20. Lebensjahre Tintura Fowleri pure et simple verschrieben bekommen hatte und bereits durch volle sieben Jahre damals (1892) noch, in fallenden und steigenden Dosen bis zu 30 Tropfen pro die, eingenommen habe, allerdings ohne den Arzt in den letzten Jahren darüber wieder gefragt zu haben. Im Jahre 1895 wandelten sich die Keratosen an mehreren Stellen in Carcinom um. Seitdem nun dieser typische, in seiner Art den Schilderungen Hutchinsons vollständig entsprechende, weil mit lokaler Pigmentation diffuser und circumskripter schwielig-warziger Epidermisverdickungen einhergehende Fall derart die Skepsis der mafsgebenden Kreise gegen Arsenikkeratose zu überwinden geholfen hatte, kamen in Österreich und auch in andern Ländern immer mehr ähnliche Beobachtungen zur Schilderung.

Die 42jährige Patientin zeigt in bezug auf ihre Hautveränderungen an der Hand- und dem einen Fufsteller das Bild einer leicht hyperkeratotischen, nirgends mehr warzigen Haut, auch die Pigmentation bietet kaum noch etwas Besonderes. Sowie damals, besteht auch jetzt noch geringe Hyperidrosis; weitere Carcinombildungen aufser an der Stirne und dem linken Beine in der Fersengegend, welches letztere wegen beginnender Metastasenbildung in Knochen noch zu weiteren zwei radikalen Operationen, zum letztenmale zur Amputation im oberen Drittel des Schenkels geführt hatte, sind nicht mehr aufgetreten. *Arthur Rahn-Dresden.*

Ein Fall von Arsenkeratose, von M. Biach-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 32.) B. teilt ausführlich einen Fall von Arsenkeratose bei einem 53 jähr. Schuhmacher mit, der wegen multipler Geschwulstbildung an der Schultergegend, am Hals, in den Leistenbeugen über vier Jahre Sol. arsenic. Fowleri genommen hatte. Die Keratose-Veränderungen nahmen fast den ganzen Körper ein, in der Hauptsache waren die Vola manus und Planta pedis befallen, es fanden sich jedoch auch an den Dorsalflächen der Finger und Zehen charakteristische Hautverdickungen, die nach Angabe des Patienten zuerst aufgetreten waren. Beachtenswert ist ferner, dafs drei Monate nach Beginn der ersten Arsenkur die Haut mit Melanose reagierte; die Intensität der Braunfärbung hielt sich während vierjähriger Arsenmedikation auf gleicher Höhe; auch die darauffolgende zweijährige Pause änderte daran nichts. Nachdem Patient wiederum drei Monate Arsen genommen, setzte erst die Keratose ein.
Putzler-Danzig.

Über Ichthyosis congenita, von Alfred Brandweiner-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1906. Nr. 40.) B. teilt einen Fall von Ichthyosis congenita eigener Beobachtung mit, der einen fünfjährigen Knaben betraf. Sonst enthält der Artikel nichts Neues. *Putzler-Danzig.*

Die verschiedenen Arten von Trichophytie und deren Behandlung, von J. H. Sequeira-London. (*Brit. med. Journ.* 28. Juli 1906.) Die Behandlung sowohl der Tinea tonsurans als auch des Favus mit Röntgenbestrahlung hat dem Verfasser sehr erfreuliche Resultate geliefert. Er hat 107 Fälle der ersteren und 8 der letzteren Affektion am Kopfe nach Sabouraudscher Vorschrift in einer einzigen Sitzung behandelt, wobei aber die einzelnen Sitzungen in vielen Fällen aus mehreren Bestrahlungen bestanden. Nur in zwei Fällen war die Epilation als ungenügend zu bezeichnen, und bei zwei Patienten hatte die nachfolgende Bestrahlung auf ein schon bestrahltes Gebiet übergegriffen. Es entstand dadurch das eine Mal ein Erythem, das andere Mal Bläschenbildung. Das Wiederwachsen der Haare begann bei 15 Kindern schon nach einem Monat, bei 46 nach zwei Monaten, bei 3 erst nach drei Monaten, bei 2 erst nach vier Moneten. Bei den anderen konnte infolge mangelnden Besuchs in der Poliklinik die Zeit der Wiederkehr der Haare nicht genau bestimmt werden.

Verfasser verwendet die SABOURAUDschen Pastillen zur Bestimmung der Dosierung; er findet sie zwar nicht absolut bestimmend, aber als Hilfsmittel sehr nützlich.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Kerion Celsi, von BONNET. (*Lyon méd.* 1906. Nr. 13.) Beschreibung eines Falles von Kerion Celsi, das durch ein Trichophyton ectothrix und zwar wahrscheinlich, gleich den meisten Fällen von Kerion Celsi, durch Trichophyton gypseum (Trichophyton des Pferdes mit weifsen Kulturen) verursacht war. — Im Anschlufs an die Mitteilung dieser Beobachtung beschreibt B. kurz die Geschichte der Bakteriologie des Kerion Celsi. *Götz-München.*

Die Trichophytie der unbehaarten Körperstellen, von THIBIERGE. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 34) Kurze Beschreibung eines Falles von Trichophytie der Stirnhaut bei einem sechsjährigen Kinde. Zur Behandlung empfiehlt TH. nur energische Einreibungen von Jodtinktur. *Götz-München.*

Trichophytia barbae, von FÉLIX HALGAND. (*Thèse de Paris.* 1903/04. Nr. 487.)

Fritz Loeb-München.

Die Behandlung des Favus mittels Röntgenstrahlen, von A. HUBER-Budapest. (*Budapesti Orv. Ujs.* Dermatol. Beilage. 1906. Nr. 2.) In der Favusbehandlung gebührt den Röntgenstrahlen die erste Stelle. Es ist zweckmäfsig den ganzen Kopf aus sechs bis sieben Röhrenstellungen in einer Sitzung zu belichten. Bis zum Eintritt der Röntgenwirkung müssen Fette angewendet werden, um die Scutula entfernen zu können. Im Interesse der vollständigen Heilung, sowie zur rechtzeitigen Lokalisation einer eventuellen Rezidive müssen die Kranken mindestens ein ganzes Jahr unter Kontrolle bleiben. *B. Kollarits-Budapest.*

Skabies bei reizbarer Haut, von THIBIERGE. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 29.) Bei Skabieskranken mit generalisierter ekzematöser Dermatitis ist die Haut besonders reizbar, die Frotte, die in Frankreich übliche ambulante Schnellbehandlung der Skabies, ist bei ihnen zwar anwendbar, doch müssen die Patienten darnach eine Zinkoxydpaste auflegen und dreimal wöchentlich ein warmes Bad mit Stärkemehlzusatz nehmen.

Bei einem 10jährigen Kinde beobachtete TH. gleichzeitig Urticaria und Skabies; in derartigen Fällen ist die Frotte nicht am Platze, sondern Behandlung mit Perubalsam und Bädern mit Stärkemehl.

Aufser bei grofser Reizbarkeit der Haut ist die Frotte auch bei geschwächten Individuen, sowie bei Frauen während der Schwangerschaft kontraindiziert.

Götz-München.

Behandlung der vereiterten sykosiformen Folliculitiden mit Resorcinpuder, von G. BELGODÈRE. (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 56.)

Fritz Loeb-München.

Die Behandlung der Akne vulgaris, der Sykosis und Folliculitis, von M. v. ZEISSL-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1906. Nr. 16.) In dieser vorläufigen Mitteilung hebt v. Z. die günstigen therapeutischen Resultate hervor, welche er mit den von Boehringer & Söhne in Mannheim-Waldhof hergestellten Cerolinpillen, welche je 0,1 trockener Hefe enthalten, erzielte. Er gab täglich 9 Cerolinpillen und erzielte bei 68 Männern und 22 Frauen so günstige Resultate, wie sie vorher auf keine Weise zu erzielen waren. *Putzler-Danzig.*

Über eine tödlich verlaufene Pyocyaneus-Infektion bei einem Patienten mit Pemphigus foliaceus, von PECORI. (*Soc. Lancis. d. Ospedali di Roma.* März 1906.) Es handelt sich um einen 41jährigen Maurer, der an einem Pemphigus foliac. (seit sechs Monaten) litt. Obwohl diese Dermatose antiseptisch behandelt wurde, wurde mit einem Male die Sekretion blau-grünlich und im Eiter konstatierte man den spezi-

fischen Pilz des blauen Eiters. Der Allgemeinzustand verschlimmerte sich rasch, es trat Fieber, blutige Diarrhoe und nach 25 Tagen der Exitus ein.

C. Müller-Genf.

Ein Fall von Pemphigus foliaceus, von H. Kanitz-Kolozsvár. (*Orvosi Hetilap.* 1906. Nr. 29—30.) Bei einer 40jährigen Frau trat nach mehrfachen erythematösen und vesikulösen, mäfsig juckenden Eruptionen das typische Bild des Pemphigus foliac. auf. Die 18 Stunden vor dem Exitus angestellte Blutuntersuchung zeigte, dafs die Zahl der Erythrocyten 4000000, die der weifsen Blutkörperchen 800 war. Aufserdem bestand mäfsige Polychromatophilie und Anisocytose. Polynukleäre Leukocyten in sehr geringer Anzahl sichtbar, die übrigen weifsen Blutkörperchen waren grofse, einkörnige Zellen, Lymphocyten und Übergangsformen. Eosinophile und basophile Granulationen fehlten vollständig. — Bei der Untersuchung des Knochenmarks zeigte sich, dafs die blafs gefärbten, monukleären Zellen sowie die Übergangsformen in gröfserer Anzahl vorhanden waren, als gewöhnlich. — Da der Tod durch Pyämie verursacht wurde und die Blutuntersuchung erst am letzten Tage geschah, und aufserdem bei langdauernden, zur Erschöpfung führenden Krankheiten die mikroskopische Untersuchung sehr ähnliche Bilder liefert, kann der Pemphigus nicht als Folge dieser Blutveränderung angesehen werden. *B. Kollarits-Budapest.*

Ein Fall von Schleimhautpemphigus, von Edmund M. Cooks - New York. (*Journ. amer. med. assoc.* 1906. Bd. 47. Nr. 21.) Bei einer 37jährigen nervösen Frau wurden gelegentlich der Menses während des letzten Jahres erbsengrofse Bläscheneruptionen im Mund, an der Zunge, den Lippen, im Nasenrachenraum, an der Vagina und im Rectum beobachtet. In dem Inhalt der Bläschen wurden Staphylokokken gefunden. Nach einem Wochenbette blieben die Eruptionen drei Monate hindurch fort, um dann so heftig mit Erbrechen und Darmstörungen einzusetzen, dafs der Tod erfolgte. Die Autopsie ergab das Vorhandensein der Bläschen auf der Schleimhaut des Magens, des Intestinaltraktus und auf der Serose der Leber, Milz, Därme und Pleura. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von schwarzer Zunge, von Hugo A. Kiefer-Los Angeles. (*Journ. amer. med. assoc.* 4. August 1906.) Ein 21jähriger Mann sucht wegen eines grofsen Tonsillarabszesses das Krankenhaus auf; dabei findet man den Zungenrücken mit einer dicken, graulichweifsen, zähen Membran bedeckt und am weichen Gaumen und Pharynxeingang graulichweifse Flecken. Am nächsten Tage ist der ganze Zungenrücken schwarz gefärbt und nach weiteren vier Tagen ist die schwarze Färbung völlig verschwunden. — Ein Stückchen war zur Untersuchung und zwecks Kulturanlage abgeschabt worden; aber ein Befund ist nicht verzeichnet. Nach Ansicht des Verfassers handelt es sich um eine Zygomycete, Mucor niger, welche häufiger im äufseren Gehörgang angetroffen wird. *Schourp-Danzig.*

Varus nodulosus, von H. G. Brooke-Manchester. (*Ikonographia dermat.* Fasc. 1. Tab. III.) Die hier abgebildete Affektion ist recht selten. B. hat im ganzen 5 Fälle gehabt. Pringle hat einen Fall unter der Bezeichnung einer neuen Form von Seborrhoid beschrieben. Die Läsionen sind ausschliefslich am Gesicht und allenfalls dem Hals lokalisiert und kennzeichnen sich als gleichmäfsig knötchenförmige oder halbkugelige, 2—4 mm grofse, rötlich bis bräunliche, scharf umgrenzte Erhebungen mit symmetrischer Verteilung ohne Bläschenbildung oder Eiterung und ohne subjektive Beschwerden. Auf Schwefel und Resorcin, allenfalls nach Berührung mit dem Pacquelin tritt baldige Heilung ein. Die Abbildung gibt einen anschaulichen Begriff der Anomalie. Anatomisch handelt es sich hauptsächlich um die Blutgefäfse und deren Umgebung, namentlich in der Umgebung der Haarfollikel und Schweifsdrüsengänge. Es findet sich hier eine Anhäufung von ein- und mehrkernigen Leukocyten,

Bindegewebszellen und Riesenzellen aber ohne Mikrobien. Eine Abbildung des histologischen Befundes fehlt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Leukoplakie der Mundhöhle, von M. Joseph-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 34.) Im therapeutischen Teil der Arbeit widerrät J. jedes energische Eingreifen wegen der Gefahr der Carcinombildung. Vor allem verbietet er das Rauchen, das er auf Grund seiner Beobachtungen als hauptsächlichstes ätiologisches Moment ansieht. Lokal läfst er alle zwei bis drei Tage mit einem Wattebausch Milchsäure auf die erkrankten Stellen einreiben in steigender Konzentration (5—50 %) Im übrigen verordnet er zweimal täglich Bürsten der Zähne und häufiges Gurgeln mit essigsaurer Tonerde, Alaun oder Wasserstoff-Superoxyd. *Carl Schramm-Dortmund.*

Zur Ätiologie der Leukoplakia oris, von Th. Pulvermacher-Berlin. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1906. Nr. 39.) Aus den letzten neun Jahren hat Verfasser 54 Fälle von Leukoplakia oris, welche in der Josephschen Poliklinik zur Beobachtung gelangten, zusammengestellt. Unter diesen befand sich nur ein Mädchen von 23 Jahren, alle übrigen waren Männer aus dem Arbeiter- oder Kaufmannsstand im Alter von 16 bis 72 Jahren. Lues war bei 23 Patienten, d. h. bei 42,6 % konstatiert worden. Nach P. spielt die Syphilis eine entscheidende Rolle für die Leukoplakie, indem sie einen günstigen Boden für die Entstehung derselben abgibt, daher Fourniers Bezeichnung: parasyphilitische Erkrankung. Unter den chronischen Reizen, welche die weifsen Schleimhautplaques hervorrufen, fungiert in erster Reihe der Tabak. Ferner spielen eine mehr unterstützende Rolle: scharfe und gewürzte Speisen, Magen- und Darmstörungen, scharfe Zahnränder, schlecht sitzende Gebisse und Alkoholmifsbrauch. Ferner verdienen Beachtung die Psoriasis, Tylositas, Keratosis und andere Dermatosen, welche mit abnormer Verhornung einhergehen, wenn auch nicht unmittelbar in ätiologischer Beziehung, sondern mehr als Ausdruck derselben Konstitutionsanomalie, welche die Träger auch zur Schleimhauterkrankung disponiert. Wo derartige Ursachen fehlen, mufs man „in der individuellen Feinheit und Dünne des Zungenepithels das prädisponierende Moment vermuten". Ohne Syphilis und Rauchen ist jedenfalls, wie P. mit Erb hervorhebt, die Plaquesbildung nur äufserst selten.

Putzler-Danzig.

Übertragung einer schweren, eitrigen Mundschleimhautentzündung durch den Fernsprecher, von G. Bundt-Querfurt. (*Zeitschr. f. Medizinalbeamte.* 1906. Nr. 15.) Ein Leitungsaufseher hatte den Fernsprechapparat im Hause eines an heftiger Stomatitis leidenden Patienten zu prüfen, wobei er den Sprachtrichter des von dem Kranken vorher sehr eifrig benutzten Apparates dem Munde sehr nahe hatte bringen müssen. Vier Tage später fand sich bei ihm eine ähnliche, nur nicht so heftige Stomatitis. B. empfiehlt zur Verhütung derartiger Übertragungen die Leitungsaufseher zu belehren, dafs die übermäfsige Annäherung des Hörers und Schalltrichters an Ohr und Mund vermieden wird. Ferner ist der Apparat in Wohnungen, wo in Erfahrung gebracht wird, dafs ansteckende Krankheiten herrschen, zu desinfizieren, wozu energisches Abreiben der Gegenstände mit glatter Oberfläche mittels absoluten Alkohols genügen dürfte. Das Publikum ist darauf aufmerksam zu machen, dafs durch Hineinhusten in die Sprachtrichter und Verspritzen von Speichel an denselben Krankheiten leicht übertragen werden können. *Putzler-Danzig.*

Zur Kenntnis der Natur der Stomatitis mit Angina ulcero-membranacea (Plaut, Vincent), von Paul Eisen. (Inaug.-Dissert. Heidelberg 1905.) Von den Ergebnissen der nicht weniger inhalts- als umfangreichen Arbeit seien die wichtigsten für den Leserkreis dieser Zeitschrift mitgeteilt. Die Stomatitis und Angina ulceromembranacea ist eine eigene Krankheit. Sie hat den klinischen Charakter einer akuten allgemeinen Infektionskrankheit. Als Erreger gilt der Bacillus fusiformis

(Vincent); derselbe ist in Reinkultur erhältlich und pathogen, denn die Reinkultur erzeugt Abscesse. Bakteriologisch ist die Stomatitis und Angina ulcero-membranacea von der Stomatitis ulcero-mercurialis, von der Stomatitis gangraenosa, von der Noma, vom Hospitalbrand und vom phagedänischen Geschwür oft nicht zu unterscheiden. Der Nekrosebacillus ist wahrscheinlich ihr Erreger. Er ist vom Bacillus fusiformis bakteriologisch wohl zu trennen. Es handelt sich infolgedessen wahrscheinlich um eine andere Krankheit bei der Stomatitis ulcero-membranacea als bei der Stomatitis ulcero-mercurialis, gangraenosa, Noma usw. Ätiologisch wichtig ist, dafs fast nur Kinder und jüngere Leute befallen werden. Das Geschlecht spielt keine Rolle. Differentialdiagnostisch kommen alle mit Pseudomembranbildung verlaufenden Anginen, besonders aber die Diphtherie in Betracht, aufserdem alle mit Geschwürbildung auf den Tonsillen einhergehenden fieberhaften Krankheiten, vor allen Dingen Lues.

Fritz Loeb-München.

b. *Cutis.*

Über den Wert von Calciumjodid zur Behandlung von Geschwüren, von G. A. Stephens-Swansea. (*Brit. med. Journ.* 21. Juli 1906.) Verfasser hat gefunden, dafs die innerliche Verabreichung von Calciumsalzen die Heilung von Geschwüren wesentlich fördert. Er hat sowohl bei Ulcerationen nach Frostbeulen als auch bei intraktablen Beingeschwüren mit gutem Erfolg Calciumchlorid gegeben (0,9 ter die). Bei manchen Fällen fand er, dafs die Wirkung nach einigen Tagen versagte. Als er darauf Calciumjodid (0,12 ter die) gab, schritt die Besserung wieder rascher vor. Besonders fiel auf, dafs der üble Geruch bei vielen Geschwüren prompt verschwand. Auch syphilitische Geschwüre scheinen dadurch günstig beeinflufst zu werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Anwendung der warmen physiologischen Kochsalzlösung in der Behandlung der Geschwüre, von Veyrassat-Genf. (*Rev. méd.* 1905. Nr. 6.) Verfasser bespricht die Wirkungsweise des warmen Wassers und der physiologischen Kochsalzlösung auf die einfachen geschwürigen Prozesse und empfiehlt wärmstens die Behandlung derselben mit Spülungen und Umschlägen mit physiologischer Kochsalzlösung von 50°.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über die antiseptische Wirkung des Menstrualblutes bei Ulcus molle, von O. v. Petersen-St. Petersburg. (*Peterb. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 36.) Verfasser beobachtete bei einer Reihe von Patientinnen mit Ulcera mollia am Introitus vaginae, dafs diese glatt abheilten, wenn während der Menses die Kranken nicht verbunden wurden, sondern die Geschwüre während dieser Zeit sich selbst überlassen blieben. Es kommt nach v. P. dem Menstrualblut eine sichtbare, antiseptische Wirkung zu, welche durch die alles Fremdartige auflösende Wirkung des Blutserums auch die Bakterien mit auflöst und ebenso vernichtet, wie den Detritus des Geschwürsbodens.

Putzler-Danzig.

Zur Wärmebehandlung der venerischen Geschwüre und anderer Ulcusaffektionen, von Karl Ullmann. (*Blätter f. klin. Hydrother. u. verwandte Heilmethoden.* 1905. Nr. 11.) Durch die Biersche Lehre von der Bedeutung der Hyperämie als Heilmittel durchaus überzeugt, fing U. von dem Jahre 1898 an, sich mit diesem Teile der physikalischen Methoden, speziell für Hauttherapie, eingehender zu beschäftigen und die Wärmewirkung auf die Haut in die ihr innewohnenden beiden Komponenten zu zerlegen, in die oberflächlich wirkende baktericide und in die Tiefe wirkende, teils durch Wärmeleitung, teils durch reflektorische aktive Hyperämie hervorgerufen.

Zum Zwecke der Wärmebehandlung sind mannigfache kostspielige und auch zum Teil recht wohlfeile Apparate konstruiert und angepriesen worden; dieselben

sind aber gar nicht nötig. Den einfachsten Wärmelieferungsapparat dieser Art hat übrigens im Jahre 1886 bereits Josef Leiter angegeben; derselbe ist durch keinen anderen der jetzt käuflichen wohlfeilen Apparate in bezug auf Einfachheit und Verwendbarkeit übertroffen worden.

Will man bei schwer zugänglichen Geschwüren, Rhagadschankern an der Präputialmündung, Geschwüren an den Labien oder am Damme die Wärme ohne Apparate als Unterstützungsmittel anwenden, so kann dies entweder durch mehrmals im Tage aufgelegte heifse (50%ige) Kompressen oder durch heifse lokale Bäder im Bidet durch je eine Viertelstunde geschehen, doch so heifs gebraucht, als es der Patient eben vertragen kann, oder endlich auch durch Anwendung von Heifsluftduschen in Kombination mit den sonst üblichen ähnlichen wundreinigenden Streupulvern, Jodoform, Isoform. Man wird auch hiervon regelmäfsig eine die Heilung wesentlich befördernde Wirkung beobachten können.

Mit Hilfe dieser unterstützenden Wärmebehandlung kann man auch verschiedene, besonders aber venerische Geschwürsformen innerhalb des phimotischen, entzündlich geschwellten Präputialsackes viel früher zur Reinigung und Abheilung bringen als durch andere, nicht operative Heilmethoden.

Hierzu wird am besten heifse (50—55° C.) Borlösung oder blafsrote Permanganatlösung mehrmals täglich mittels eines Drainagerohres aus einem Irrigator derart in den Präputialsack einfliessen gelassen, dafs alle Geschwürsteile mit der heifsen Flüssigkeit in Berührung kommen. Nicht das chemische, sondern das physikalische Agens der Wärme ist dabei das Wirksame.

Von besonderem Werte hat sich dasselbe zumal bei der Sykosis parasitaria in deren tiefsitzenden, knotigen Formen erwiesen, denen gegenüber bisher bekanntlich nur die chirurgische Therapie und zwar meist auch nur mittels oftmaliger und mehrfacher Inzisionen halbwegs leistungsfähig war. *Arthur Rahn-Dresden.*

Ein Beitrag zur Behandlung des Bubo ex ulcre molli, von Arpád Stenczel-Wien. (*Allgem. militärärztl. Ztg.* 1906. Nr. 27.) St. schickt der Exstirpation in toto des Bubo, die für ihn das Normalverfahren darstellt, häufig eine mehrtägige Behandlung mit konstanter Wärme voran vermittels des Bauerschen Thermogens, um die Virulenz des Bubo abzutöten. Bei schankrös gewordenen Bubonen ätzt St. die Wundflächen mit Kupfersulfat, eine Methode, die vorzüglich wirkt; die Ätzwirkung des 25%igen Kupfervitriols hört an der Grenze zum Gesunden scharf begrenzt auf, so dafs die gesunde Umgebung in ihrer Vitalität nicht geschädigt wird. Bereits nach 24 Stunden Demarkation der gesetzten Schorfe und vorzügliche Granulation der Wundflächen. Das Verfahren erübrigt die Exkochleation vollkommen. Für kleine, eng begrenzte schankröse Bubonenwunden eignet sich auch die ausstrahlende Hitze eines Thermokauters. *Putzler-Danzig.*

Bemerkungen zu der Arbeit von Felix Moses über Bubonenbehandlung nach Bierscher Methode, von Max Joseph. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 14.)

Bemerkungen zu Max Josephs Bemerkung über meine Arbeit: „Über Behandlung der Inguinalbubonen nach der Bierschen Methode“, von Felix Moses. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 16.) Uninteressanter Prioritätsstreit.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Das Biresche Verfahren bei Bubonen, von E. Alth und A. Huber-Budapest. (*Budapesti Orv. Ujs. Dermatolog. Beil.* 1906. Nr. 2.) Nach einer ½—1 cm langen Inzision wird ein von Klapp empfohlener Saugapparat angelegt und später die Applikation täglich einmal fünf Minuten lang wiederholt. In die Wunde wird ein Stückchen Stanniolpapier gelegt, nachher Sublimatdunstverband. In 60% der behandelten Fälle trat die Heilung innerhalb vier bis sechs Tagen ein. *B. Kollarits-Budapest.*

Über die Röntgenbehandlung von venerischen Bubonen, von Karl Herxheimer und Hans Hübner. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 38.) Verfasser haben im städtischen Krankenhause zu Frankfurt a. M. 20 Fälle von Drüsenentzündungen der Röntgenbehandlung unterworfen. Bei den vier syphilitischen, einer tuberkulösen und drei total vereiterten Bubonen war der Effekt sehr gering oder negativ, dafür hat aber in zwölf Fällen von strumösen oder mehr oder weniger stark gewucherten Drüsen die Röntgenbehandlung entschiedenen Nutzen gebracht. Dieser bestand bei den strumösen Bubonen in der Vermeidung der schwierigen und nicht unbedenklichen Totalexstirpation der Drüsen, bei den übrigen in der Vermeidung des scharfen Löffels bei der Entfernung der Drüsenreste, ferner aber vor allem in der Abkürzung der Krankheitsdauer. Diese trat zwar erst recht in die Erscheinung, als Verfasser die richtige Dosierung der Strahlen in den halbstündigen alle, drei Tage applizierten Sitzungen gefunden hatten. Hierbei gelang es ihnen, hühnereigroſse Drüsenpakete in zwei Sitzungen, d. h. in acht Tagen, zum Verschwinden zu bringen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über eine neue Anwendungsweise der konzentrierten Karbolsäure in der externen Therapie, vor allem bei Bubonen und Furunkulose, von Werner Wolff. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1906. Nr. 45.) Verfasser behandelte in der Universitäts-Poliklinik in Leipzig mehrere Fälle von Bubonen und Furunkulose mit konzentrierter Karbolsäure nach der von Vörner noch nicht publizierten, aber seit längerem geübten Methode. Die geschlossenen Bubonen werden zunächst am ersten Tage im Bereich der Schwellung mit einem Anstrich von reiner Karbolsäure versehen, die in einem etwa 0,5—1 cm breiten Strich einmal aufgetragen wird; am anderen Tage kann das Verfahren wiederholt und in den nächsten Tagen fortgesetzt werden, bis die Haut sich abzuschuppen anfängt. Dann macht man einige Tage Pause und beginnt die Anstriche von neuem, falls der Bubo noch nicht zurückgegangen ist. Der fluktuierende Bubo wird ebenso zwei bis drei Tage bestrichen, am vierten, wenn die Fluktuation nicht geschwunden, eine Inzision gemacht, der Eiter abgelassen, die Absceſshöhle mit reiner Karbolsäure ausgestrichen, dann verbunden und jeden zweiten bis vierten Tag das Verfahren wiederholt, bis die Höhle granuliert.

Zur Behandlung der unerweichten kleinen Furunkel nach der Vörnerschen Methode genügt eine zentrale Betupfung mit Acidum carbolicum per aquam oder besser — was auch für die Bubonenbehandlung gilt — per alcoholem liquefactum. Bei gröſseren werden die zentral gelegenen Haarbälge bezw. Talgdrüsenöffnungen mit einer tiefen Nadel oder Sonde so tief als möglich tuschiert. Bei erweichten Knoten benutzt man entweder die natürliche Öffnung oder legt künstlich durch einen Einstich eine solche an, die nicht gröſser zu sein braucht, als zum Abfluſs des Eiters unbedingt notwendig ist und durch die dann die Tuschierung der Höhle — einmal täglich — erfolgt. Meist genügt eine einzige Betupfung, manchmal hat man das Verfahren mehrere Tage hintereinander zu wiederholen, doch hat Verfasser auch bei den gröſsten Furunkeln nicht mehr als zehn Betupfungen gebraucht. Im übrigen besteht die Behandlung darin, daſs am ersten und zweiten Tage Umschläge verordnet werden, worauf eine indifferente Salbe aufgetragen wird.

Die guten Erfolge bei Bubonen und Furunkulose veranlaſsten den Verfasser, das Verfahren auch bei ähnlichen Dermatosen zu versuchen. So hat Verfasser die gleich günstigen Resultate bei Stomatitis aphtosa und ulcerosa, bei Skrophuloderma, bei Panaritium und Kerion celsi erzielt; auch bei je einem Fall von einem feuerroten Naevus und von Sykosis der Oberlippe waren die Resultate sehr günstig.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Beitrag zur Entstehung der Pyämie nach Hautfurunkeln, von Ludwik Zembrzuski-Warschau. (*Gazeta lekarska.* 1906. Nr. 20.) Verfasser beobachtete zwei Fälle von Pyämie nach Furunkeln. In beiden Fällen waren die pyämischen Metastasen ausschliefslich in den Muskeln lokalisiert. Der erste Fall betrifft einen Kollegen, bei dem sieben Tage nach Berstung eines Furunkels ein tiefer Abscefs ad nates und ein ebensolches am rechten Oberschenkel entstanden; nach Eröffnung der Abscesse (im Eiter wurde Staphylococcus aureus nachgewiesen) kam die Heilung rasch zustande. Viel schwieriger war der Verlauf im zweiten Falle. Bei einem elfjährigen Knaben bildeten sich zirka zwei Wochen nach Heilung (Ausquetschung) eines kleinen Furunkels am Thorax hintereinander (im Laufe über eines Monats) vier tiefe Abscesse im rechten und linken M. quadratus lumborum, im rectus abdominis und am Oberschenkel; das Allgemeinbefinden war wesentlich gestört; Fieber bis 39,2; die Heilung der Wunden nach jedesmaliger Öffnung der Abscesse sehr träge. Da entschlofs sich Verfasser, Injektionen von Antistreptokokkenserum zu versuchen, und der Versuch gab glänzendes Resultat: nach viermaliger Einspritzung von je 10 ccm des Serums fiel die Temperatur zur normalen ab, die Wunden begannen normal zu granulieren, die Kräfte des heruntergekommenen Patienten hoben sich.

In Anbetracht der bei Furunkeln drohenden Gefahr der Pyämie warnt Verfasser vor allzu starken mechanischen Behandlungsmethoden bei denselben.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Zur Lokalisation des Furunkels, von S. Hirsch-Eisgrub. (*Wien. med. Wochenschrift.* 1906. Nr. 36.) Enthält die Beschreibung eines Furunkels in der Nabelgrube und einige differential-diagnostisch in Betracht kommende Bemerkungen.

Carl Schramm-Dortmund.

Behandlung des Furunkels, Karbunkels und der Phlegmone, von Enderlen-Basel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 42.) Klinischer Vortrag, in dem Verfasser zur Behandlung der Furunkel die Biersche Saugbehandlung warm empfiehlt. Dieselbe Behandlung kann auch bei Karbunkeln versucht werden; will man sie nicht anwenden, so lege man am besten einen Kreuzschnitt an, präpariere die vier dadurch entstandenen Hautlappen zurück und exstirpiere die infiltrierten Gewebspartien. — Bei beginnender Phlegmone der Extremitäten kann die Stauungsbehandlung nach Bier („heifse Stauung“) mit Erfolg versucht werden; handelt es sich um wenig bösartige umschriebene Formen in Regionen, welche durch Stauungsbehandlung nicht zu beeinflussen sind, so ist der Versuch mit Saugapparaten nach Anlegung eines kleinen Schnittes gerechtfertigt; herrscht dagegen die Tendenz zur Ausbreitung, dann bleibt nur die breite Eröffnung und Tamponade übrig.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Die Behandlung der Phlegmonen des Handtellers, von Loubeyran. (*Province médicale.* 10. Febr. 1906. Nach *Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 9.) Der kleine Aufsatz bringt im wesentlichen nichts Neues. *Götz-München.*

Über Holzphlegmone, von Josef Narich. (*Thèse de Montpellier.* [Univ.] 1904.) Nr. 1.) *Fritz Loeb-München.*

Gasphlegmone nach Perforation eines Meckelschen Divertikels, von Anton v. Khautz-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 15) Der erste Fall — 64jähriger Mann — verlief anfangs unter dem Bilde einer Lymphadenitis inguinalis ohne alle Erscheinungen einer Mitbeteiligung des Darmtraktes; erst drei Wochen später — am Tage der Operation — wurde die Gasphlegmone manifest und damit

der wahrscheinlichste Ausgangspunkt. Bei der Autopsie ergab sich folgendes: In der rechten Inguinalgegend läſst sich ein kleinfingerdicker Fistelgang mit schwarzgrüner miſsfarbiger Wand bis in die Bauchhöhle verfolgen. An seinem oberen Ende nach rechts von der stark gefüllten und ausgedehnten Harnblase unmittelbar neben dem Ligamentum vesico-umbilicale laterale dext. ist ein $4^1/_2$ cm langes Meckelsches Divertikel angelegt, das an seiner Spitze gangränös und perforiert ist. Dasselbe sitzt ungefähr 80 mm oberhalb der Bauhinschen Klappe, hat ein wohlausgebildetes Mesenteriolum; seine Serosa ist lebhaft injiziert, stellenweise mit zarten fibrinös-eitrigen Auflagerungen bedeckt, an der Spitze miſsfarbig und gangränös zerfallen.

Der zweite Fall — eine 40jährige Frau — zeigte mit seinen Inkarzerationserscheinungen den typischen Verlauf einer Darmwand- und Darmanhangshernie mit Wandnekrose und Perforation unter der Haut, typisch bis auf das erst in der vierten Woche erfolgte Aufbrechen einer Kotfistel, die nach mehrwöchentlichem Bestehen schlieſslich ohne blutige Behandlung heilt. *Arthur Rahn-Berlin.*

Über Gasphlegmone, von R. Rothfuchs-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 42.) Kurze Mitteilung über zwei Fälle von Gasphlegmone nach komplizierten Frakturen. In dem einen Falle trat, obwohl die in toto erkrankte Extremität alsbald exartikuliert worden war, der Tod ein; an der Leiche zeigte sich ca. 14 Stunden post mortem ein riesiges Hautemphysem, der ganze Körper gab lauten tympanitischen Schall, bei der Sektion fand sich Gasbildung in Leber, Nieren und Milz. Als Erreger wurde der Fraenkelsche Bacillus phlegmonis emphysematosae nachgewiesen. Im zweiten Falle wurde die Gasphlegmone, die von vornherein nur die Umgebung der verletzten Stelle ergriffen hatte, durch ausgedehnte Inzisionen zum Stillstand gebracht, doch muſste nach einiger Zeit wegen drohender Sepsis amputiert werden; es erfolgte dann glatte Heilung. Der Bacillus, der in diesem Falle gefunden wurde, war dem Fraenkelschen sehr ähnlich; eine eingehende bakteriologische Untersuchung wie im ersten Falle war nicht möglich, da die Kulturen verloren gingen.

Götz-München.

Das Rhinophyma und seine chirurgische Behandlung, von Harry Liebmann. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1906.) In therapeutischer Hinsicht kommt in ausgesprochenen Fällen von Rhinophyma wohl nur die operative Behandlung in Betracht. Auſser der Abtragung der Tumoren käme nach der Meinung des Verfassers höchstens, aber auch nur in weniger exzessiven Fällen, die Behandlung mit Elektrolyse in Frage; doch wird angesichts der guten Operationsmethoden, die in kurzer Zeit ein befriedigendes Resultat bringen, die lange Dauer einer derartigen Kur gegen ihre Anwendung sprechen. Ebenso wird es sich mit Skarifikationen verhalten. Verfasser gibt eine erschöpfende Übersicht der verschiedenen vorgeschlagenen therapeutischen Methoden. (Keilexzision von Dieffenbach, Modifikationen dieser Methode von Hebra, Dupré, Ohmann-Dumesnil, Jungengel, v. Bruns, Dohi, Weinlechner usw. — Dekortikation von Ollier.)

Daran schlieſst sich die eingehendere Besprechung von zwei operativ behandelten Fällen. Klinisch bieten beide Fälle keine Besonderheiten. Typische Akne rosacea war auch in der Umgebung der Nase vorhanden. Die angewandte Operationsmethode nähert sich sehr der Art und Weise, wie Weinlechner die subcutane Exstirpation ausführte. In den beiden beschriebenen Fällen ist es nicht (wie dies früher öfter beobachtet wurde) zu einem Absterben der gebildeten Hautläppchen gekommen. Daran wird allerdings die Art der Schnittführung schuld sein (breite Basis der Hautläppchen). Die Einzelheiten der Technik müssen im Original studiert werden. Ver-

fasser hebt die wesentliche Erleichterung des Eingriffes unter Lokalanästhesie mit Cocain-Suprareninlösung hervor. Einen großen Vorteil gewähre die Beifügung von Suprareninlösung zu der Injektionsflüssigkeit. Der kosmetische Erfolg war in den (von Braun in Zwickau operierten) Fällen des Verfassers ein guter, was auch aus den Abbildungen ersichtlich ist. *Fritz Loeb-München.*

Zur Kasuistik der Augenerkrankungen bei Akne rosacea, von Paul Blancke. (Inaug.-Dissert. Giefsen 1906.) Gegenüber den gewöhnlichen Prädilektionsstellen der Akne rosacea ist die Beteiligung des Auges bei dieser Affektion selten. In ihrer Begleitung kann es zu einer Erkrankung der Augenlider kommen, die zumeist ihren Sitz an dem freien Rande des unteren Lides hat, entsprechend den Stellen, wo die Talgdrüsen sich befinden. Zum Beweise der Analogie zwischen Chalazion und Akne rosacea wird von Horner und Knies darauf hingewiesen, dafs beide Erkrankungen im gleichen Lebensalter auftreten und dafs besonders das histologische Verhalten und der Zusammenhang beider mit Ausbrüchen von Akne vulgaris für die Auffassung von ihrer Zusammengehörigkeit ausschlaggebend sind. Beiden Affektionen ist gemeinsam als anatomisches Substrat ein granulationsähnliches Gewebe, und bei beiden treten selbst nach vollständiger Heilung häufig Rezidive auf. Als Unterscheidungsmerkmal zwischen beiden Affektionen erwähnt Verfasser, dafs sie im ganzen selten gleichzeitig getroffen werden und dafs beim Chalazion gewöhnlich die einzelne Geschwulst gröfser ist. In seltenen Fällen können auch Erkrankungen des Auges selbst mit einer Akne rosacea des Gesichtes auftreten. Es handelt sich dann zumeist um Veränderungen an der Bindehaut, die sich durch ein phlyktänenähnliches, häufig rezidivierendes Knötchen im Limbus conjunctivae charakterisieren.

In den letzten Jahren sind in der Giefsener Augenklinik sieben Fälle von eigentümlichen Erkrankungen des Auges bei Akne rosacea zur Beobachtung gekommen. Bei sämtlichen Fällen traten wiederholt Anfälle einer entzündlichen Affektion des Auges auf, von welcher hauptsächlich die Bindehaut und Hornhaut ergriffen wurde. Weiteres Eingehen auf das ophthalmoskopische Bild würde an dieser Stelle zu weit führen. Sämtliche Patienten standen in vorgerückterem Alter und waren sonst gesund. Während der längeren Beobachtung der einzelnen Fälle machte man die Wahrnehmung, dafs durch eine Besserung der Akne rosacea die Augenaffektion günstig beeinflufst wurde und dafs regelmäfsig mit einem neuen Ausbruch der Akne eine frische resp. stärkere Entzündung der Augen auftrat. Verfasser hält deshalb die Annahme für berechtigt, in den Augenaffektionen der von ihm beschriebenen Fälle eine für Akne rosacea typische Begleiterscheinung zu vermuten.

Fritz Loeb-München.

Über Granulosis rubra nasi und über Miliaria crystallina und alba, von Elisabeth Mirolubow-Nischny Nowgorod. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1906. Nr. 62—63.) Im ersten Teile ihrer Arbeit teilt Verfasserin die Krankengeschichten der 22 Fälle von Granulosis rubra nasi, die seit dem Jahre 1901 in der dermatologischen Klinik Jadassohns zur Beobachtung kamen, kurz mit. Auf Grund dieser neuen Fälle und der bisherigen Literaturangaben beschreibt Verfasserin die jetzigen Anschauungen über das klinische Bild, Vorkommen, Ätiologie, pathologische Anatomie und der Therapie der Krankheit.

Das zweite Kapitel ist der Miliaria crystallina et alba gewidmet. Im Gegensatz zu anderen Autoren behauptet Jadassohn, dafs fieberhafte Krankheiten keineswegs eine notwendige Vorbedingung zum Entstehen der Miliaria crystallina sind und nimmt deshalb zur Erklärung derselben die mechanischen Theorien zu Hilfe. Verfasserin beschreibt nun einen Fall, der diese Anschauung bestätigt: es entstand eine typische Crystallina unter abschliefsendem Verband und im weiteren Verlaufe

entwickelte sich an derselben eine Miliaria alba, ohne daſs Entzündungserscheinungen hinzugetreten sind. Der Inhalt beider Arten von Bläschen reagierte sauer. Die mikroskopische Untersuchung der aus den weiſsen Bläschen entnommenen trüben Masse ergab ausschlieſslich Epithelzellen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über eine bisher nicht beschriebene Hauterkrankung (Lymphogranulomatosis cutis), von Siegfried Grosz-Wien. (*Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.* 39. Bd.) Bei einem mittelkräftigen, cyanotischen 21jährigen Manne bestanden in der rechten Claviculargegend, in der Regio axillaris, auf der Thoraxhaut eine Anzahl von Drüsengeschwülsten, welche in der Gröſse einer Linse bis zu der einer Wallnuſs variierten, in die Haut eingesprengt erschienen oder sich halbkugelig vorwölbten, braunrote Farbe hatten, zum Teil weich, matsch, an der Kuppe eröffnet waren und dann eine blutigseröse Flüssigkeit entleerten. Die Haut der rechten Brusthälfte war durch ein starres Ödem derb-teigig infiltriert, die Hautvenen als ektatische blaue Stränge sichtbar, die inguinalen Drüsen beiderseits als höckerige, derb anzufühlende Pakete vorspringend, die Drüsen, zum Teil zu gröſseren Klumpen verschmolzen, in die Haut fixiert. Gegen den Schluſs der klinischen Untersuchung, daſs eine leukämische oder pseudoleukämische Erkrankung mit Beteiligung der Haut vorläge, sprach der Blutbefund. Die histologische Untersuchung eines Hauttumors ergab die Zusammensetzung des in das Corium eingelagerten Gewebes aus Lymphocyten, Bindegewebszellen, Plasmazellen, Mastzellen und eigentümlich groſser Zellen und lieſs somit eine Einreihung in eine der bekannten Krankheitsgruppen als untunlich erscheinen.

Eine zwei Monate lang fortgesetzte subcutane Einverleibung von Natrium cacodylicum hatte auf die Lymphome und Hauttumoren keinen sichtbaren Einfluſs.

Der Fall kam bald zur Sektion. Der histologische Befund bei der Untersuchung der Lymphdrüsen war ähnlich wie der des Hauttumors: die groſsen Zellen waren noch zahlreicher und häufiger in Gruppen zusammengestellt. In der Milz zeigten sich auf der Oberfläche und auf dem Durchschnitt hirsekorn- bis erbsengroſse Einlagerungen eines festen, weiſsgelben Gewebes. Diese Einlagerungen wiesen überaus reichlich groſse, mehrkernige Zellen und Anhäufungen von intrazellulärem und freiem Blutpigment auf. In der Leber hoben sich die Knoten vom Parenchym sehr deutlich ab; sie bestanden vorwiegend aus Lymphocyten, zwischen denen sich wiederum die eigentümlich groſsen Zellen vorfanden. Auch in der Pleura fanden sich Knotenbildungen, die in ihrem feineren Aufbau völlige Identität mit den an der äuſseren Haut vorfindlichen aufwiesen. Allen diesen Einlagerungen war die Zusammensetzung aus lymphocytären Elementen, Bindegewebszellen und den groſsen Zellen gemeinsam.

Dieser Befund entspricht im wesentlichen einem pathologisch-anatomischen Bilde, das Karl Sternberg aus einer Reihe ähnlicher herausgehoben hat und als „eigenartige, unter dem Bilde der Pseudoleukämie verlaufende Tuberkulose“ zur Beschreibung brachte. Sternbergs Fälle sind dadurch charakterisiert, daſs es im lymphatischen Apparate zur Bildung eines eigenartigen Granulationsgewebes kommt, welches sich durch seinen oft sehr bedeutenden Reichtum an überaus groſsen Zellen auszeichnet. Dieses Granulationsgewebe ist bald mehr, bald minder reichlich und diffus in den verschiedenen lymphatischen Organen entwickelt, oft so reichlich, daſs das ursprüngliche Gewebe nur mehr in spärlichen Resten vorhanden ist. In der Mehrzahl dieser Fälle kommt es — wenn auch sehr spät — zur Entwicklung eines typisch tuberkulösen Granulationsgewebes. Doch erweist sich die von Sternberg gewählte Bezeichnung als nicht empfehlenswert, da sie die Fälle, in denen Tuberkulose nicht vorliegt, nicht mit einbezieht.

Bei der Suche nach einer Bezeichnung, welche die bestehenden Knoten als

Granulome charakterisiert, gleichzeitig ihrer innigen Beziehung zum lymphatischen Apparate gerecht wird, endlich der klinischen Ähnlichkeit des Krankheitsbildes mit der Pseudoleukämie Rechnung trägt, gelangt der Verfasser zu dem Ausdrucke Granulomatosis textus lymphatici (sub forma pseudoleucaemia; Typus Paltauf-Sternberg). Man könnte die Allgemeinerkrankung mit diesem Ausdruck belegen, die allfällig vorkommende, im vorstehenden beschriebene und bisher vereinzelt dastehende Lokalisation auf der Haut, analog wie die Erkrankungen der Haut bei Leukämie und Pseudoleukämie, als Lymphogranulomatosis cutis bezeichnen. *Schourp-Danzig.*

Verschiedenes.

Über entzündliche, syphilitische, tuberkulöse und blennorrhoische Striktur des Rektums; chirurgische Behandlung und Spätresultate, von Louis Arnaud. (*Thèse de Lyon.* 1905. Nr. 73.) *Fritz Loeb-München.*

Ein neues diagnostisches Hilfsmittel, von Jullien-Paris. (*Ann. de la Nutrition.*) J. verwendet die tinktorelle Kraft der Chromsäure zu diagnostischen Zwecken. Eine 2%ige wässerige Lösung dieses Präparates haftet nämlich nicht auf dem Epithel, während Gewebe, das durch irgend einen pathologischen Prozeſs desselben beraubt ist, sich intensiv gelb färbt. Diese Eigenschaft der Chromsäure setzt ihn instand, eine genaue Präzision der äuſseren Form und charakteristischer Merkmale zahlreicher Erkrankungen der Haut und Schleimhäute wiederzugeben. So verwendet er die Chromsäure bei der Diagnose eines zweifelhaften Herpes der Genitalien, der Plaques muqueuses an der Schleimhaut der weiblichen Genitalien, zur Differentialdiagnose bei Herpes, schankrösen Geschwüren und Ektropium am Collum uteri. Im Mund haftet das Chrom an den Plaques muqueuses und den Aphthen. Eine Ausnahme bilden die Papillen der Zungen, die die Chromsäure auſserordentlich begierig aufsaugen. Sie leistet hier hervorragende Dienste bei der Präzisierung der Glossitis depapillans Fourniers, wo die tiefroten, des Epithels beraubten Papillen sich mit einem chromgelben Band umgeben. Ferner erhält man wichtige Aufschlüsse bei intertriginösen Prozessen in der After- und Genitalgegend. Hier gibt sie uns die Möglichkeit, geschwürige Prozesse, z. B. ulcerierende Papeln von den reinen erythematösen und erodierenden Vorgängen zu differentieren. *Carl Schramm-Dortmund.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 44. | №. 6. | 15. März 1907.

(Aus der dermatologischen Klinik der k. k. Universität Innsbruck. Vorstand Prof. Dr. LUDWIG MERK.)

Eigentümliches Verhalten einer transplantierten ichthyotischen Hautpartie.

Von

Dr. ERNST EITNER,
II. Assistent der Klinik.

(Mit einer Tafel.)

Der Fall, über welchen im folgenden berichtet werden soll, kann an sich kein allgemeines Interesse hervorrufen. Allein ein zufällig notwendig gewordener chirurgischer Eingriff hatte ein Resultat zur Folge, welches gewissermaßen das Ergebnis eines unbeabsichtigten, aber doch erwünschten Experimentes vorstellt, dessen Mitteilung und Schilderung sich wohl verlohnen dürfte.

Patient R. J., Kellner, 24 Jahre alt, kam am 4. Juli 1906 mit Lues und Gonorrhoe an der Klinik zur Aufnahme. Da diese beiden Erkrankungen in gar keinem Zusammenhang mit den zu besprechenden Erscheinungen stehen, so mögen sie hier weiter keine Berücksichtigung erfahren.

Außerdem besteht aber bei dem Patienten eine Ichthyosis, von der er nie wesentlich zu leiden hatte. Von ähnlicher Erkrankung in seiner Familie weiß Patient nichts anzugeben.

Vor zehn Jahren entwickelte sich bei ihm im Anschlusse an einer Verletzung im unteren Drittel des rechten Unterschenkels bis an den Fußrücken eine Phlegmone mit stärkster Intensität um die äußere Malleolengegend. Diese wurde an der hiesigen chirurgischen Klinik operativ behandelt. Teils infolge des Traumas, teils infolge der Inzisionen entwickelte sich im Anschlusse an die Phlegmone ein ulceröser Defekt am Fußrücken und in der äußeren Malleolengegend, welcher nur sehr langsame Tendenz zur Überhäutung zeigte. Um diese zu beschleunigen, wurde nach THIERSCH die Transplantation vorgenommen. Man nahm von der Streckseite beider

Oberschenkel je einen Lappen und legte denselben auf den Defekt am Fuſsrücken, beziehentlich an der Malleolengegend. Beide Lappen heilten anstandslos an und nun schloſs sich die Wunde rapid.

Status praesens: Mittelgroſser, kräftiger, gut genährter Mann. Innere Organe normal. Der Befund bezüglich Lues und Gonorrhee bleibt hier unberücksichtigt.

Das Bild der Ichthyosis läſst sich kurz als Ichthyosis nitida in typischer Ausdehnung bezeichnen. Gesicht, behaarter Kopf, Schenkelbeugen, Kniekehlen, progenitale Gegend, Achselhöhlen, Ellenbogen, zeigen sämtlich normale, weiche, mäſsig feuchte Haut.

Dagegen fühlt sich der Stamm besonders in der Bauchgegend rauh und trocken an. Die Haut daselbst schilfert leicht und kleienförmig. Einzelne Haarfollikel sind etwas übers Niveau erhaben, kaum gerötet und schilfern geringgradig. Ebenso schuppt die Haut namentlich an den Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten in mäſsigem Grade. Sie ist hier fast ganz haarlos und die einzelnen Follikel in grubenförmig vertiefte, blasse, atrophische Narben verwandelt. Eine deutliche, trotzdem aber nur sehr schwach angedeutete Zeichnung in rhombische Felder findet sich erst von den Knieen abwärts. (Vergleiche Abbildung.)

Am linken Fuſsrücken und der äuſseren linken Malleolengegend ist die Haut glatt, trocken, aber nicht schilfernd. Die Haut der Handteller und Fuſssohlen ist trocken und wie mit silberglänzendem Mehle bestäubt.

An beiden Oberschenkeln finden sich zarte, völlig reaktionslose Narben von etwa Fingerlänge und zwei Querfinger breit. Sie lassen Streifungen erkennen, welche senkrecht zur Gliedachse verlaufen und in ihrer Gröſse, Ausdehnung und Beschaffenheit vollkommen Narben entsprechen, wie man sie nach Thierschschen Transplantationen zu sehen pflegt. Das Epithel derselben ist geradezu normal zu nennen. Insbesondere ist von ichthyotischer Beschaffenheit oder gar einer Steigerung des ichthyotischen Prozesses nichts an ihr zu bemerken.

In der Gegend der äuſseren Malleolen des rechten Fuſses — vergl. nunmehr die Abbildung — findet sich eine über talergroſse Hautstelle, welche von ein paar Millimeter dicken, zierlich gefelderten, schmutzig grauen, durch tiefe Furchen getrennten, derben, fest aufsitzenden, rhombischen oder polygonalen Schuppenschildern bedeckt ist. — Eine zweite, ähnlich beschaffene Stelle findet sich am Rücken desselben Fuſses. Am lateralen Anteile desselben zeigt die Haut in ungefähr Kronenstückgröſse narbiges Aussehen, ist leicht livid gerötet, die Epidermis fast glatt. Nur der zentrale Anteil, entsprechend dem seiner Zeit transplantierten Lappen, hat verdicktes Epithel und ist ähnlich rhombisch bezw. polygonal gefeldert wie die Stelle an der Malleolengegend.

Diese beiden Herde entsprechen den Transplantationslappen, welche

vom Oberschenkel hierher übertragen worden waren. Sie allein sind so hochgradig ichthyotisch entwickelt. Die Reste der Narbe, soweit sie sich aus eigenem Antrieb überhäuteten, zeigen eine ähnliche zarte Epidermis, wie die Narben an den Ursprungsstätten der Lappen an den Oberschenkeln.

Speziell ist hervorzuheben, daſs die durch die Phlegmone nicht weiter ulcerös gewordene Haut am Fuſsrücken und knapp hinter den Malleolen, sowie überhaupt in der nächsten Umgebung der Narbe kaum eine Schuppung oder Schilferung wahrnehmen läſst.

Wenn man mit Sicherheit nicht mehr konstatieren kann, wie an dieser Örtlichkeit die Haut vor Eintritt des Traumas und der Phlegmone ausgesehen haben mag, so bieten die Anamnese, die genaue Besichtigung der Umgebung, der Vergleich mit derselben Stelle des linken Fuſses, die Erfahrungen bezüglich der Lokalisation und stärker akzentuierten Partien bei Ichthyosis von der Intensität des in Rede stehenden Falles, Anhaltspunkte genug, daſs hier vor der Operation kaum eine ichthyotische Veränderung bestanden hat. Die geschwürige Zerstörung und nachfolgende Narbenbildung kann die lokale Steigerung der Ichthyosis nicht im Gefolge gehabt haben, denn sonst müſste die ganze Narbe die Schuppenfelderung zeigen, sonst müſsten auch die Narben am Oberschenkel eine Verschärfung des ichthyotischen Prozesses erfahren haben. Dort ist aber eher das Gegenteil wahrzunehmen. Es sind lediglich die transplantierten Lappen, welche geradezu Ichthyosis hystrix-Form angenommen haben.

Eine histologische Untersuchung der betreffenden Stellen konnte leider nicht vorgenommen werden.

Die Hauptmasse des überflanzten Lappens hat so gut wie lediglich aus Epithel bestanden. Die ichthyotische Veränderung war an dem Standorte der Lappen ganz geringgradig gewesen. Durch die Transplantation muſs irgend eine Summierung der für das Zustandekommen der Ichthyosis erforderlichen Ursachen erstanden sein, und es müssen die betreffenden Komponenten sowohl in dem überpflanzten Lappen, als im bedeckten Boden zu suchen sein. Denn wo letzterer — wenn auch langsam — allein überhäutete, kam es nicht zur Steigerung des ichthyotischen Prozesses. Auſserdem sind Narben bei Ichthyotikern oft zu sehen, ohne daſs der ichthyotische Prozeſs eine Steigerung erführe. Im Gegenteile, Kaposi erzählt, daſs Hebra in einem Falle von Ichthyosis hystrix nach schwerer Variola eine Dekrustation und dauernde Heilung der Ichthyosis gesehen habe, was allerdings von Gassmann stark angezweifelt wird. Man kann direkt sagen, ohne Transplantation wäre es am Fuſse im Laufe der Zeit auf dem Wege der Überhäutung von Rande her auch im Zentrum zu ähnlicher Narbe gekommen, wie sie an dem Kranken in der spontan überhäuteten Umgebung des überpflanzten Lappens besteht.

Selbstverständlich wären die Schlufsfolgerungen, welche sich aus dem Mitgeteilten ziehen lassen, noch viel sicherer gestützt, wenn man wüfste, wie sich normale, von einem anderen Individuum verpflanzte Epidermis auf der Wunde verhalten hätte. Vielleicht läuft eine solche Beobachtung gelegentlich jemand unter.

Jedenfalls geht aus dem Falle — wenn er zur Generalisierung berechtigt — hervor, dafs die Intensität der Ichthyosis nicht eine bei Geburt mit gegebene konstante ist, welche unveränderlich während des Lebens gleichgradig anhält. Schon klinisch ist an dem Bilde der Ichthyosis nie absolute Unveränderlichkeit wahrzunehmen. Es kommt, insbesondere um die Haarfollikel an den Streckseiten der Extremitäten langsam zu Atrophien. Bekannt ist ferner, dafs selbst die übermäfsigen Hornmassen sich gelegentlich abstofsen können, um wieder aufzutauchen, ein Vorgang, den man als „Mauserung" bezeichnete. Der natürliche und ungestörte Verlauf einer Ichthyosis hat den Charakter, dafs eine erst in den frühesten Lebensjahren offenkundig werdende Summe von regelwidrigen Erscheinungen einen in sich bestimmten Verlauf nehme. Aus dem Mitgeteilten hingegen mufs gefolgert werden, dafs diese innere Bestimmung im Ablaufe der Krankheit nur eine scheinbare ist, dafs sie — wenn auch nur auf künstlichem Wege — entfernt werden kann.

Mit dieser Tatsache mufs sich folgerichtig jede Theorie abfinden, welche es sich zum Gegenstande macht, für die Ätiologie oder Pathologie des ichthyotischen Prozesses eine Erklärung zu finden. Von den gangbaren Theorien deckt sich keine vollkommen mit den Erscheinungen des beschriebenen Falles. Wenn man sich auch der Anschauung der meisten Autoren anschliefst, welche die Ichthyosis als angeborene Mifsbildung der Haut auffassen, so genügt sie doch nicht zur speziellen Erklärung der Exacerbation an den Transplantationsstellen. Denn aus der angeborenen Anlage läfst sich wohl ein Erhaltenbleiben der Intensität, etwa wie bei Nävis, nicht aber eine Steigerung ableiten.

Eher würde sich vielleicht Kromayers Ansicht dem Befunde anschmiegen, wenn man in dem derberen sklerotischen Bindegewebe der Cutis vasculosa, das er regelmäfsig unter den verhornten Partien findet, eine Analogie zu dem Narbengewebe sehen wollte, auf welches in unserem Falle die Lappen verpflanzt worden waren. Nach Brocq bildet eine Funktionsstörung der Drüsen der Haut bei der Ätiologie der Ichthyosis eine hervorragende Rolle. Abstrahieren wir von der Bedeutung dieses Vorganges als primäres Moment, so könnte man allenfalls in dem nicht unwahrscheinlichen Zugrundegehen der Hautdrüsen in der überdeckten Narbe eine Ursache für die Steigerung des Prozesses erblicken. Schwerer würden sich Beziehungen zu jenen Anschauungen finden lassen, welche die Ichthyosis als eine entzündliche Keratodermie entweder infektiöser

oder autotoxischer Natur auffassen, oder ihr nervöse Störungen als Ursache unterschieben wollen.

Ich verkenne keineswegs, dafs allzu weitgehende Schlüsse aus diesem Einzelfalle nicht gezogen werden können und möchte daher den Kommentar, den ich dazu versucht habe, eben nur als Versuch eines solchen aufgefafst wissen. Es würde mir vollauf zur Befriedigung gereichen, wenn die Aufmerksamkeit auf ähnliche Beobachtungen gleichsam experimenteller Natur gelenkt würde.

Aus der dermosyphilopatischen Abteilung des „Ospedale Maggiore“ in Mailand.
Geleitet von Dr. A. Bertarelli.

Über das senile Angiom des freien Lippenrandes.

Von

Dr. A. Pasini,
Privatdozent für Dermatologie und Syphilographie an der Universität Parma.

(Mit einer Tafel.)

Ganz unabhängig von irgendwelcher krankhaften Ursache, bewirkt das Alter im anatomischen Gefüge und in der Funktion des Organismus eine Regressionsbewegung, die man seit Canstadt senile Involution nennt. Kein Teil des Körpers, von der Haut bis zu den inneren Organen, entgeht dieser rückwirkenden Tätigkeit. Diese ist zwar eine langsame, von einem Tage zum anderen kaum bemerkbare, aber nichtsdestoweniger aktive und anhaltende, die nur dann nachläfst, wenn der Organismus alle jene Umwandlungen durchgemacht hat, welche den Zustand der Senilität kennzeichnen.

Unter den Involutionsveränderungen des Alters sind diejenigen, die sich auf die Haut und ihre Adnexe beziehen, besonders gut bekannt.

Einzelne derselben sind konstant, so die Atrophie und der Verlust der Elastizität der Haut, die Entfärbung und der teilweise oder gänzliche Ausfall der Haare, das Undurchsichtigwerden der Nägel; diese Veränderungen sind denn auch als einfache physiologische Hautveränderungen aufzufassen, die mit dem vorschreitenden Alter gleichen Schritt halten. Andere sind blofs häufige Erscheinungen, wie z. B. die Verruca senilis, einzelne Melanodermien, die Purpura senilis von Batemann[1] usw., welche auf Grund ihrer besonderen Merkmale als pathologische Veränderungen

---

[1] Pasini, Über Purpura senilis. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1906. Bd. 43.

anzusehen sind, als krankhafte Erscheinungen, die sich im Greisenalter entwickeln, weil sie in den physiologischen Veränderungen desselben günstige Bedingungen zu ihrer Entwicklung gefunden haben.

Unter den pathologischen Veränderungen des Greisenalters mufs nach meiner Ansicht eine besondere Form von Angiom erwähnt werden, die sehr häufig bei Personen im vorgeschritteneren Alter am freien Rande der Unterlippe angetroffen wird. Die Erscheinung ist eine ziemlich häufige, und beim Lesen meiner Arbeit wird sich mancher erinnern, sie schon beobachtet zu haben. Dennoch stelle ich sie hier als etwas Neues hin, da über sie keine Angaben in der Literatur bestehen, wegen des sonderbaren klinischen Aussehens, das sie kennzeichnet, und wegen der eigenen anatomo-pathologischen Veränderungen, die ihm entsprechen.

Im Verlaufe des letzten Sommers hatte ich das erstemal Gelegenheit, mich einläfslicher mit dieser Affektion zu beschäftigen und zwar bei zwei Patienten, die auf der dermosyphilopathischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses in Mailand lagen. Bei diesen beiden Patienten bemerkte ich auf der rechten Hälfte des freien Unterlippenrandes eine linsenförmige Erhabenheit von der Gröfse einer halben Erbse, von violetter Farbe, von normaler Epidermis überzogen, und mit scharf abgegrenzten Rändern. Unter dem Drucke des Diaskops verschwand dieselbe beinahe vollständig, um aber sofort nachher die ursprüngliche Gestalt wieder anzunehmen.

Was mir vor allem auffiel, war die Schärfe der charakteristischen Erscheinungen, das Fehlen von Zirkulationsstörungen in anderen Körpergegenden, die übereinstimmende Aussage der Patienten, dafs sich die Affektion sehr langsam entwickelt hatte, dafs das Initialstadium ein kurzes war und dafs von einem gewissen Stadium der Entwicklung an die Affektion vollständig stationär blieb. In Anbetracht dieser Tatsachen teilte ich meine Arbeit in zwei Abschnitte, einen bibliographischen und einen klinischen. Meine Untersuchungen bezüglich der ersteren Richtung ergaben ein vollständig negatives Resultat, so dafs ich, vorausgesetzt, dafs ich nichts übersehen, sagen darf, dafs die Affektion, die ich seniles Angiom des freien Lippenrandes benennen möchte, in der medizinischen Literatur niemals behandelt worden ist.

Was nun den klinischen Abschnitt meiner Aufgabe anbelangt, so habe ich in kurzer Zeit ein reichliches Material von Fällen zusammenbringen können. So fand ich die Affektion siebenmal unter 300 Patienten der Poliklinik, ferner bei acht Frauen (von 179) und drei Männern (von 131) unter den klinischen Fällen; sämtliche im vorgerückteren Alter. Im Spital „Pio Albergo Trivulzio“ fand ich die Affektion 15 mal bei 428 Frauen und 13 mal bei 500 Männern, im Asyl der „Piccole Suore“ 8 mal bei 130 Frauen und 6 mal bei 100 Männern. Bei dieser Gelegenheit entbiete ich den Leitern dieser beiden Anstalten, den Herren DDr. Mala-

CRIDA und PIZZINI, meinen herzlichsten Dank für die Bereitwilligkeit, mit der sie mir das Material zur Verfügung stellten.

Mit meinen klinischen Untersuchungen liefs ich die histologischen gleichen Schritt halten, indem ich täglich das Leichenmaterial im pathologischen Institute des Allgemeinen Krankenhauses inspizierte. In weniger als zwei Monaten fand ich auf diese Weise sechs Fälle, deren histologisches Studium zum Nachweis der charakteristischen, anatomo-pathologischen Merkmale führte. Ich gelangte so zur festen Überzeugung, dafs die hier zu behandelnde Veränderung ganz besondere klinische und anatomische Merkmale aufweist, die sie zu ihrer Einreihung unter die vaskulären Dermatosen berechtigen.

Die Fälle, welche ich zum Gegenstand dieser meiner Arbeit gemacht habe, belaufen sich auf 50. Bei 47 derselben war die Veränderung ausschliefslich auf den freien Rand der Unterlippe lokalisiert. In zwei anderen erstreckte sie sich bei dem einen auf die Oberlippe, beim anderen auf die Schleimhaut der Unterlippe. Im letzten endlich war die Affektion auf die Haut der Unterlippe in unmittelbarer Nähe der rechten Lippenkommissur lokalisiert. Die ersten 47 Fälle zeigten untereinander vollständige Übereinstimmung bis auf einige unwesentliche, jedem einzelnen Falle eigenartigen Unterschiede. Ich beschränke mich deshalb auf die ausführliche Beschreibung von nur zwei Fällen und werde die Untersuchungsresultate der übrigen 45 in wenigen Bemerkungen zusammenfassen. Des weiteren werde ich dann noch die detaillierte Beschreibung der drei Fälle geben, die sich durch ihre besondere Lokalisation auszeichneten.

Erster Fall. G. Angiola, 70 Jahre alt, Witwe, Haushälterin, von Mailand; Januar 1906. Aus der Vorgeschichte der Patientin, sowie in hereditärer Beziehung läfst sich nichts eruieren, als dafs sie selbst angibt, immer etwas schwächlich und häufigen Anfällen von Bronchitis unterworfen gewesen zu sein. Wegen eines solchen befindet sie sich auch gegenwärtig im Spital (Ospedale Maggiore) zu Mailand. Der Allgemeinzustand ist mittelmäfsig; die Haut ist im Verhältnis zum Alter gut erhalten und zeigt keine anderen Veränderungen als einige Pigmentnävi, die regellos über verschiedene Körperstellen verteilt sind. Es besteht ein leichter Grad von Arteriosklerose, besonders bemerkbar an den Temporales; sonst besteht nichts Abnormes im Zirkulationsapparat.

Im medianen Abschnitte des freien Randes der Unterlippe, in unmittelbarer Nähe der Hautgrenze, rechts und etwas weiter nach hinten, links, konstatiert man zwei Erhabenheiten von rundlicher, nicht sehr regelmäfsiger Gestalt, mit abgerundeten, gut abgegrenzten Rändern. Der Durchmesser beträgt bei

der einen 4 mm, bei der anderen 6 mm; sie ragen etwa 2 mm über die umgebenden Partien empor. Die Oberfläche ist glatt, zeigt aber stellenweise kleine Einsenkungen, welche ihr eine etwas wellenförmige Gestalt geben. Die Färbung ist intensiv rötlich-violett, und man sieht deutlich, dafs sie durch eine Blutansammlung in der Tiefe der Cutis verursacht ist, welche durch die dünne und durchsichtige Epidermis hindurch scheint. Die cyanotische Färbung ist jedoch nicht gleichmäfsig über die ganze Oberfläche des Tumors verteilt, indem sie in den Einsenkungen und an den Rändern etwas verdeckt ist infolge einer geringeren Durchsichtigkeit des Gewebes. Mit dem Diaskop gelingt es leicht, die Erhabenheit etwas abzuflachen, die cyanotische Färbung bleibt aber unverändert. Während aufserdem die rechtsseitige Erhabenheit unter dem Drucke ihre Abgrenzung und die scharfe Zeichnung der Ränder beibehält, bemerkt man bei der linksseitig gelegenen an einigen Stellen der Peripherie eine Ausbreitung der roten Färbung und der denditritischen Fortsätze, die sich in die umgrenzenden Partien des freien Lippenrandes erstrecken.

Bei der Palpation bemerkt man nichts von einer Infiltrationszone, vielmehr hat man das Gefühl einer mit Flüssigkeit angefüllten Höhle. Die Läsion ist schmerzlos, sowohl spontan als auf Druck. Sie erleidet keine Veränderungen, mag sich die Patientin in aufrechter oder liegender Stellung befinden.

Im übrigen zeigt der freie Lippenrand keine Veränderungen; er ist vielleicht etwas mehr als normal aufgetrieben, von ziemlich dunkelroter Farbe und, bei der Lupe betrachtet, von einigen dünnen, subepithelialen cyanotischen Streifen durchzogen.

Die intelligente und für ihre körperliche Pflege besorgte Patientin hat mir versichert, dafs die ersten Anzeichen der Krankheit im 50. Lebensjahre aufgetreten sind. Es bildeten sich damals stellenweise kleine cyanotische Fleckchen von der Gröfse eines Hirsekornes, die abtrockneten und innerhalb einiger Monate abfielen, die einen spontan, die anderen durch Kratzen. Die gegenwärtig noch bestehenden Läsionen existieren seit zehn Jahren und haben ebenfalls als kleine cyanotische Fleckchen angefangen; statt aber abzutrocknen und abzufallen haben sie im Gegenteil an Volumen nach und nach zugenommen, um dann im Verlaufe weniger Monate ihren definitiven Umfang zu erreichen.

Die Patientin fügt noch bei, dafs die Läsionen vorübergehende Perioden von vermehrter oder abnehmender Turgeszens aufweisen; sie kann aber nicht angeben, ob diese vorübergehenden Veränderungen mit irgendwelchen besonderen Zuständen des Organismus verbunden sind.

Der freie Rand der Oberlippe ist normal.

Zweiter Fall. Vinzenz S., 72 Jahre alt, verheiratet, Landmann, von Mailand. Januar 1906. Hat niemals Krankheiten von Bedeutung durchgemacht, hatte aber immer über unbedeutendes, allgemeines Unwohlsein zu klagen gehabt. Seit einigen Jahren leidet er jeden Winter an Bronchitis, die ihn öfters ans Bett fesselt. Der Allgemeinzustand des Patienten ist keineswegs glänzend; er kann sich nur mit Mühe auf die Beine erheben, ist abgemagert und zeigt an der Haut die charakteristischen Erscheinungen der senilen Atrophie. Besondere Veränderungen der inneren Organe oder der Haut bestehen keine; vorgeschrittene Arteriosklerose.

In der Mitte der rechten Hälfte des freien Randes der Unterlippe, in unmittelbarer Nähe der Hautgrenze konstatiert man eine halbkugelförmige Erhabenheit, die eine etwas abgeflachte Spitze und eine kreisrunde Basis von 6 mm Durchmesser zeigt; sie ragt ca. 3 mm über die Umgebung empor. Die Umrisse sind regelmäfsig und gegen vorne scharf gegen die Haut abgegrenzt. Die Oberfläche ist glatt, an einzelnen Stellen regelmäfsig gewölbt, an anderen wellenförmig. Die den Tumor überziehende Epidermis ist dünn, halbdurchsichtig, wenigstens an den höchsten Partien der Geschwulst; an der Peripherie und da wo sich Einsenkungen befinden, ist sie dagegen dicker; von graulich-weifser Farbe und wenig durchscheinend. Die ganze Erhabenheit hat eine intensiv violette Farbe, die ihrer Entstehung einer Blutansammlung verdankt, die sich in der Dicke des freien Lippenrandes gebildet hat. Unter dem Drucke des Diaskops flacht sich die Erhöhung etwas ab, wobei auch die cyanotische Färbung an Intensität abnimmt; die Ränder dagegen behalten ihre scharfen Umrisse. Schmerzen verursacht die Läsion weder spontan noch bei Druck; bei der Palpation konstatiert man keine Andeutungen von einer Infiltrationszone.

Im übrigen zeigt der freie Rand keine anderen pathologischen Veränderungen; man erkennt weiter nichts als die charakteristischen Zeichen der Senilität, d. h. er ist etwas aufgetrieben, von blafsroter, etwas ins Bläuliche stechender Färbung; ferner ist er von zahlreichen dünnen, von vorn nach hinten ziehenden Fältchen durchzogen.

Der Patient gibt an, dafs die Veränderung am freien Rande der Unterlippe gegen das 60. Altersjahr aufgetreten ist, dafs sie in wenigen Monaten die gegenwärtigen Dimensionen erreicht hat und dann unverändert geblieben ist. Die Geschwulst ist mehr oder weniger turgeszent, welche Schwankungen sich der Patient nicht erklären kann.

Der freie Rand der Oberlippe zeigt keine pathologischen Veränderungen.

Bei den übrigen 45 Fällen mit ausschliefslicher Lokalisation der Affektion an der Unterlippe war 31 mal nur eine Geschwulst vorhanden, 11 mal war die Geschwulst doppelt und bei einem Falle waren drei Tumoren

vorhanden, die verschiedene Abschnitte des freien Lippenrandes einnahmen; bei zwei weiteren endlich bestanden gleichzeitig vier Tumoren.

In den ersten 31 Fällen war die Läsion 22 mal im mittleren Abschnitte der einen Hälfte des freien Randes in der Nähe der Hautgrenze lokalisiert; in fünf anderen war die zentrale Partie befallen, in weiteren fünf lag die Läsion weiter hinten an der Grenze der Mundhöhlenschleimhaut, endlich in einem letzten Falle safs sie in unmittelbarer Nähe der rechten Kommissur.

Bei den elf Individuen mit doppelter Läsion war diese an zwei vom Lippenrande entfernten Stellen lokalisiert und beim elften lag sie in unmittelbarer Nähe der Hautgrenze auf der linken Seite.

In dem einzigen Falle mit dreifacher Läsion nahmen die Tumoren verschiedene Abschnitte des freien Lippenrandes ein: zwei derselben lagen in der Nähe der Hautgrenze, die dritte an der Schleimhautgrenze. In den letzten zwei Fällen waren die Veränderungen in symmetrischer Weise aufgetreten, die eine hinter der anderen, auf beiden Seiten der Mittellinie am freien Lippenrande.

Unter den 45 Patienten, die ich hier erwähne, waren 27 Frauen und 18 Männer. Die jüngste Patientin war 44 Jahre alt, zwei andere 51, eine 55, drei 56, die übrigen hatten das 60. Altersjahr überschritten; von diesen befanden sich 18 zwischen dem 60. und 70., 15 zwischen dem 70. und 80., die übrigen fünf zwischen dem 80. und 85. Jahre. Bei den wenigen noch älteren Personen, die ich zu sehen Gelegenheit hatte, konnte ich die Erscheinung nicht konstatieren.

Bei keinem dieser Patienten liefs sich aus der Anamnese irgendeine Tatsache von Wichtigkeit eruieren, noch bestanden solche bei der Untersuchung. Bei keinem bestanden ferner auf dem Rande der Oberlippe, auf der Haut oder den Schleimhäuten ähnliche Veränderungen wie am Lippenrande, auch nichts, das man damit in irgendwelche Beziehung bringen könnte. Nur in vier Fällen existierten Varicen an den Beinen. Arteriosklerose bestand in verschiedenem Grade, war aber keine konstante Erscheinung.

Alle Patienten waren von etwas schwächlicher Konstitution und klagten über beständige Störungen, geringfügiger Art zwar, die einen Zustand vollständigen Wohlbefindens ausschlossen. Die Individuen in vorgeschrittenerem Alter waren alle sehr gebrechlich, selbst in Anbetracht ihres Alters.

Nach den Angaben der Patienten begann die Affektion gewöhnlich zwischen dem 50. und 60. Altersjahre, zeigte meist geringe Dimensionen, war zuweilen von nur vorübergehender Art und nahm ihre definitive Gestalt in einem vorgerückteren Alter an. Auch vermochte ich festzustellen, dafs die Affektion niemals von subjektiven Beschwerden begleitet

war, noch waren ihr solche vorausgegangen; zuweilen waren Schwankungen in der Turgeszenz der Geschwulst beobachtet worden.

Dies sind die Beobachtungen und Notizen, die ich über die 47 Fälle gesammelt habe. Nun will ich noch kurz über die anderen Fälle referieren, die in einigen Einzelheiten von den oben angeführten abweichen.

C. Maria, 71 Jahre alt, Hausfrau, von Mailand. Februar 1906. Die Frau ist völlig frei von jedweder hereditären oder erworbenen Infektion; war niemals ernstlich krank und leidet auch gegenwärtig an keiner nachweisbaren Affektion der inneren Organe; sie ist jedoch von schwacher Konstitution und immer etwas leidend. Seit etwa acht Jahren trägt sie in der mittleren Partie des Unterlippenrandes eine etwas unregelmäſsige, kugelige Erhabenheit, von der Gröſse einer halben Bohne, von cyanotischer Farbe, die stellenweise deutlich sichtbar ist durch die unversehrte und durchsichtige Epidermis hindurch, stellenweise aber durch eine Verdickung dieser Schicht maskiert ist, wodurch sie ein mehr grauliches Aussehen gewinnt. Die Erhabenheit läſst sich unter dem Diaskop etwas abflachen, die besondere Färbung jedoch bleibt unverändert; sie ist völlig schmerzlos.

Eine der oben beschriebenen identischen Läsion, aber von der Gestalt und der Gröſse einer Linse, sitzt in der Mitte der rechten Hälfte des freien Oberlippenrandes, ganz nahe an der Hautgrenze. Sie ist vor etwa vier Jahren entstanden in Gestalt eines kleinen bläulichen Flecks, der unter der Epidermis situiert war. Innerhalb weniger Monate hat sie sich zur jetzigen Gröſse entwickelt, wo sie ca. 2 mm über die Umgebung hervorragt. Unter dem diaskopischen Drucke verschwindet sie nicht; Schmerzen verursacht sie keine.

Der zweite Fall betrifft einen Mann, bei dem die Veränderung am freien Rande der Unterlippe mit anderen, beinahe gleichen Läsionen der Schleimhaut in unmittelbarer Nähe der Lippe verbunden war.

M. Antonio, 76 Jahre alt, Schreiner, Witwer, von Mailand, März 1906. Wurde im „Ospedale Maggiore“ wegen Lungenemphysem aufgenommen und starb bereits nach einem Monate. Ich habe den Fall zuerst klinisch und dann auf dem Sektionstische studiert, wo ich das Stück Mundschleimhaut extirpieren konnte, das mich interessierte. Auf der linken Hälfte des freien Randes der Unterlippe bestanden zwei rundliche Erhabenheiten mit etwas unregelmäſsiger Oberfläche, jede von der Gröſse einer Linse, und die eine hinter der anderen sitzend; die Intensität der violetten Färbung variierte je nach der Dicke und Transparenz der Epidermis, die Ränder waren scharf und blieben es auch unter dem Drucke des Diaskops. Seit zirka zwölf Jahren waren sie gänzlich unverändert geblieben; sie verursachten keine Art von Unannehmlichkeiten.

Auf der Schleimhaut der Unterlippe bestanden zwei längliche Erhabenheiten mit dem längeren Durchmesser in querer Richtung zur Lippe gestellt. Die eine saſs ungefähr in der Mitte der letzteren, die andere in der Nähe der Lippen-Kieferfalte. Jede maſs 5 mm in der Länge, 3 mm in der Breite und 2 mm in der Höhe. Die Oberfläche der Tumoren war glatt, von verdickter und graulicher Epidermis überzogen; die Färbung war rötlich-cyanotisch, jedoch nicht durchwegs von gleicher Intensität infolge der verschiedenen Dicke der Epidermis; die Ränder gegen die angrenzende Schleimhaut waren scharf gezeichnet. Bei genauerer Untersuchung der beiden Geschwülste konnte man erkennen, daſs sie mit einer Vene zusammenhingen, welche, kaum sichtbar, unter der Schleimhaut verlief als eine geschlängelte bläuliche Linie. Der Patient selbst hatte keine Ahnung von dem Bestehen der beschriebenen Veränderungen an der Mundschleimhaut und konnte mir deshalb auch keine Auskunft über dieselben geben, auſser, daſs sie ihm keine Beschwerden verursachten.

Im dritten und letzten Falle war die Läsion auf der Haut der Unterlippe lokalisiert, ganz nahe unterhalb der rechten Lippenkommissur.

G. Fortunata, 75 Jahre alt, Hausfrau, Witwe, von Mailand. April 1906. Frau von etwas schmächtiger Konstitution; leidet öfters an unbestimmtem Unwohlsein. Seit einigen Jahren besteht ein diffuses Ekzem, der Grund ihrer gegenwärtigen Behandlung am Ambulatorium von St. Corona. Nichts Abnormes an den inneren Organen nachweisbar; keine Varicen an den unteren Extremitäten.

Zwei Millimeter unterhalb der rechten Lippenkommissur konstatiert man eine bläuliche Erhabenheit von der Gröſse und Gestalt einer Linse, kaum 1 mm über die Umgebung hervorragend. Die Oberfläche ist glatt, etwas ungleichmäſsig, die Ränder sind scharf. Im Zentrum ist der Tumor intensiv cyanotisch gefärbt; die den Tumor überziehende Epidermis ist unversehrt, dünn und durchsichtig. Nach der Peripherie zu blaſst die cyanotische Färbung etwas ab, verschwindet selbst ganz, um in der Nähe der Ränder durch eine grauliche Nuance ersetzt zu werden.

Gleiches Verhalten gegenüber dem Diaskop wie in den anderen Fällen; keine Infiltration, keine subjektiven Beschwerden. Die Affektion hat ihre gegenwärtige Gestalt und Gröſse innerhalb einiger Monate erreicht und besteht nun seit zehn Jahren.

* * *

Bevor ich zur Beschreibung der pathologischen Veränderungen übergehe, will ich noch eine Rekapitulation des normalen anatomischen Zustandes des freien Lippenrandes in den verschiedenen Altersstufen geben. Der freie Lippenrand ist der Abschnitt zwischen der vorderen oder Hau

fläche und der Schleimhaut. Er ist in der Richtung von vorn nach hinten abgerundet und sticht durch seine rote oder rosarote Farbe hervor. Diese Färbung, welcher er auch die Benennung „Lippenrot“ verdankt, verschmilzt nach und nach, nach hinten zu, mit dem Rot der Mundschleimhaut; nach vorn dagegen wird sie plötzlich durch eine regelmäßsige, krumme Linie unterbrochen, die sie von der anstoßsenden Haut scharf abgrenzt.

Der freie Lippenrand besteht unter normalen Verhältnissen aus einem Epithelialüberzuge und einer sehr dicken Bindegewebsschicht, reich an Gefäßsen, welche das erstere von den gestreiften Muskeln der Lippe trennt.

Das Epithelgewebe ist sehr dick, viel dicker, als man bei seiner großsen Durchsichtigkeit annehmen würde; es besteht, von unten nach oben vorrückend, aus einer oder mehreren Schichten von cylindrischen Basalzellen, zahlreichen Lagern von polyädrischen Zellen, welche gegen die Oberfläche zu eine Abflachung erfahren; es bilden sich dabei eine oder zwei Reihen von mit spärlichem Keratin ausgestatteten Zellen, später dann mehrerer Schichten von lamellenförmigen Elementen, ohne Kern und unter sich fest zusammengekittet. Das Epithelgewebe der Oberfläche ist flach, und gegen die Tiefe zu bildet es tiefe Einsenkungen zwischen die Papillen.

Das Bindegewebe zwischen dem Epithelialüberzug und den gestreiften Muskeln der Lippe besteht: im obersten Abschnitte aus fixen Zellen, die sich in verschiedener Weise verflechten und den Papillarkörper aufbauen; weiter nach unten aus einem sehr dicken Lager von kollagenen Fasern, die in schiefer Richtung von oben nach unten verlaufen, sich kreuzen und ein weiches Kissen bilden, das den Muskelfasern oder Lippe direkt anliegt. Mitten durch dieses Bindegewebe ziehen äußserst zahlreiche elastische Fasern; dieselben sind in den peripheren Abschnitten sehr dünn, in den tieferen etwas dicker. Drüsen, Follikel und glatte Muskelfasern finden sich nirgends.

Was aber von mehr Wichtigkeit ist als dies alles, ist die Verteilung der Blutgefäßse. Die großsen Arterien hören mit der Schicht der gestreiften Muskelfasern auf. Weiter oben, in der Tiefe des Bindegewebes, findet man spärliche kleine Arterien und neben ihnen zahlreiche dicke Venen mit einem dichten, typischen Netze elastischer Fasern. Im Papillarkörper verlieren die Venen fast plötzlich ihre normale Struktur, indem sie lakunäre Erweiterungen bilden, welche reichlich unter sich kommunizieren; sie sind nach Art eines Netzes verteilt, in einer Ebene, welche mit der oberflächlichen Epidermis parallel verläuft. Jede dieser Erweiterungen ist von einer dünnen Wandung von Bindegewebsfasern umgeben, welche nach

aufsen mit denen vorschmelzen, die den Papillarkörper bilden; im Inneren sind sie mit einer Schicht Endothelzellen austapeziert.

Nach vorn hört diese besondere Struktur plötzlich auf, da nämlich, wo sich der freie Lippenrand in die eigentliche Haut der Lippe fortsetzt. Nach hinten zu, in die Schleimhaut hinein, erkennt man zwar noch eine Andeutung davon in Gestalt einer starken Vermehrung des Fettgewebes, das über der Schicht gestreifter Muskelfasern liegt, im Auftreten von Drüsen und in der Abnahme der lakunären Dilatationen.

Diese besondere Verteilung des Gefäfsnetzes tritt deutlicher hervor am freien Rande der Unterlippe, denn an der Oberlippe. Bei jugendlichen Individuen hat der freie Lippenrand die oben beschriebene Struktur. Bei zunehmendem Alter treten einige Veränderungen ein. So findet man beim 30jährigen Manne mitten in den Bindegewebsbündeln einzelne Inseln von Fettgewebe. Beim Greise zeigen sich noch weitere Veränderungen: das Bindegewebe nimmt an Volumen ab; das areoläre Fettgewebe, das beim Erwachsenen vorhanden ist, ist in einigen Fällen sehr reichlich vorhanden, in anderen fehlt es vollständig; sehr oft findet eine degenerative Umwandlung des Elastins in Elacin statt oder das elastische Gewebe verschwindet vollständig und das Elastin verbreitet sich im Bindegewebe derart, dafs es zur Bildung jenes Produktes kommt, dafs Unna Kollastin nennt.

Dies sind die normalen anatomischen Verhältnisse des freien Lippenrandes in den verschiedenen Altersstufen. Man mufs sie kennen und abzuschätzen wissen, um die histologischen Veränderungen zu verstehen, die ich in meinen Fällen beobachtet habe und die ich nun im folgenden beschreiben will.

Die sechs Hautstücke, die ich untersuchte, gehörten alle Individuen im vorgerückteren Alter an. In fünf derselben war die Affektion am freien Rande der Unterlippe und in einem auf der Mundschleimhaut lokalisiert. Die ersteren zeigten alle die gleichen anatomo-pathologischen Veränderungen, abgesehen von einigen jedem einzelnen Falle eigenen, geringfügigen Abweichungen. Ich kann sie deshalb füglich alle miteinander beschreiben. Jedes Stück wurde als ganzes und in Serien geschnitten.

Bei schwacher Vergröfserung erkennt man auf den ersten Blick, dafs die Veränderungen in einer mäfsigen Erweiterung aller Gefäfse des freien Lippenrandes bestehen, besonders aber im lakunären System des Papillarkörpers. Sehr erweitert sind ferner einzelne Venen zwischen den kollagenen Fasern.

Bei stärkerer Vergröfserung konstatiert man folgendes:

Der Epithelüberzug behält seine normale Struktur bei oder zeigt sich

höchstens etwas dünner, mit Abflachung der Zellen an den Stellen des freien Randes, wo die Neubildung am höchsten ist.

Der Papillarkörper ist in seinem Volumen reduziert; man erkennt in demselben das Vorhandensein einer beinahe ganz homogenen Substanz, von schwach acidophiler Reaktion, reich an kleinen Kernen, die sich gleichmäfsig mit basischen Farbstoffen färben. Fixe Zellen von normaler Beschaffenheit sind nirgends zu finden, so dafs man wohl annehmen darf, dafs diese Substanz aus der Verschmelzung jener Zellen hervorgegangen ist. Die elastischen Fasern sind stellenweise sehr spärlich, an anderen Orten dagegen sehr reichlich vorhanden, sehr dünn und zur Hautoberfläche parallel verlaufend. Die oben erwähnten lakunären Bluträume haben eine ovoide, längliche Gestalt; sie treten infolge ihrer starken Anfüllung mit Blut mehr hervor als unter normalen Verhältnissen. Sie sind von einer kontinuierlichen Schicht von Endothelzellen umgeben, welche auf einer dünnen, an elastischen Fasern vollständig freien Wandung von Bindegewebe ruht. Beim Durchgehen der Serienschnitte erkennt man mit Leichtigkeit, dafs diese lakunären Räume untereinander kommunizieren. Das retikuläre Derma ist ebenfalls an Umfang sehr reduziert. An einzelnen Stellen hat es eine kompakte Struktur, an anderen enthält es Fettinseln. In dem der Haut am nächsten liegenden Abschnitte des freien Lippenrandes sieht man sehr oft, dafs sich das Kollagen in Kollastin umgewandelt hat, d. h. man konstatiert eine Veränderung, die in der Haut der alten Individuen sehr häufig angetroffen wird. Im übrigen, nach der Schleimhaut zu gelegenen Abschnitte ist jene Umwandlung des Kollagens in Kollastin ein weniger häufiges Vorkommnis, dagegen findet man dort eine Verminderung der Bindegewebsfasern und den Schwund zahlreicher elastischer Fasern.

Mitten in diesem atrophischen Gewebe stechen die Blutgefäfse am meisten hervor, besonders in den Präparaten, die nach Methoden gefärbt sind, welche die elastischen Fasern hervorheben sollen. Die Arterien sind spärlich vertreten, von kleinem Kaliber, aber gut erhalten. Die Venen sind sehr zahlreich, von grofsem Kaliber; die Wandungen sind meist gut erhalten, und das elastische Gewebe ist stark entwickelt. An einzelnen Stellen jedoch ist das letztere spärlicher vorhanden und die Venen sind mehr oder weniger erweitert und mit roten Blutkörperchen angefüllt.

Diese pathologischen Veränderungen zu Lasten der Venen nehmen an einzelnen Stellen des freien Lippenrandes ganz ausnahmsweise Proportionen an. Verfolgt man in den Schnittserien den Verlauf der Venen, so sieht man, dafs die eine oder die andere derselben sich ganz plötzlich und beträchtlich erweitert und in eine mit Blut angefüllte Höhle verwandelt. Die letztere ist elipsenförmig, mit dem gröfseren Durchmesser parallel oder schief zur äufseren Oberfläche des freien Randes gerichtet; die Dimensionen

variieren von einigen Zehntel Millimeter zu 1, 2, 3 mm. Von meinen fünf Stücken zeigte eines eine Höhle mit einem gröſseren Durchmesser von 2,7 und einem kleineren von 1,3 mm; in den anderen Stücken waren die Höhlen kleiner. Die beiden normalen Venenstämme, die mit der Dilatation kommunizieren, sind nicht immer genau am Ende des gröſseren Durchmessers lokalisiert.

Mit dem Erscheinen einer dieser venösen Höhlen treten gleichzeitig auch andere Veränderungen in der Wandung des befallenen Gefäſses ein. Verfolgt man seinen Verlauf von einem Punkte aus, wo die Struktur noch unverändert, so sieht man, daſs die Tunicae immer dünner werden, bis sie auf eine dünne Schicht von Bindegewebszellen reduziert sind, welche auf der inneren Fläche mit Endothelien bedeckt ist. Zwischen den Bindegewebszellen haben sich noch einige Muskelfasern erhalten, während das elastische Gewebe verschwunden ist. Die Wandung des in dieser Weise veränderten Gefäſses öffnet sich wie ein Trichter auf den anderen, normalen Abschnitt des Gefäſses; nach innen umgrenzt es die oben beschriebene Höhle, nach auſsen bleibt es in Kontinuitätsbeziehungen zum Bindegewebe, wobei es in demselben eine mäſsige Kompression mit Atrophie verursacht. Diese Veränderungen sind jedoch nicht gleichmäſsig über die ganze Ausdehnung des erweiterten Gefäſses verteilt: an einigen Stellen ist nämlich das elastische Gewebe nicht vollständig zerstört, an anderen sogar vollständig erhalten. Schon die Untersuchung eines einzigen Schnittes ergibt, daſs die Veränderungen von den Venen ausgegangen sind. Die Höhle ist mit Blut angefüllt, das ganz das Aussehen hat von demjenigen, das in den Gefäſsen kreist. Nur im untersten Abschnitte kommt es stellenweise zu einer spärlichen Ansammlung von mehrkernigen weiſsen Blutkörperchen mit neutrophiler Reaktion.

Von dieser Dilatation ist zuweilen ein einziges Gefäſs befallen, zuweilen aber auch mehrere Venen gleichzeitig, wodurch auf die umgebenden Gewebe ein mehr oder weniger beträchtlicher Druck ausgeübt wird. Infolgedessen kommt es in der Tiefe des freien Lippenrandes zu einer Atrophie des Kollagens, an der Oberfläche hingegen zu einer Verdünnung des Bindegewebes und des Epithels, und zwar ist dieselbe um so ausgesprochener, je stärker die Erweiterung der Vene. Da, wo mehr als eine Vene von letzterer befallen ist, sind die daraus entstandenen Bluträume einander nahe anliegend und von Scheidewänden getrennt, die stellenweise die normale Struktur der Venenwandung zeigen, in den übrigen Abschnitten aus wenigen Fasern von Bindegewebssubstanz mit endothelialem Überzuge bestehen. Die mehrfachen Dilatationen können, wie dies in zwei meiner Stücke der Fall war, einer und derselben Vene angehören, in welchem Falle sie untereinander kommunizieren; oder aber sie gehören verschiedenen Gefäſsen an, wie dies in meinen beiden anderen Fällen zutraf, in welchem

Falle die Säcke unabhängig voneinander bleiben. Auch wenn die Dilatation sehr voluminös ist, behalten die verdünnten Wandungen gewöhnlich ihre Kontinuität bei. Nur ausnahmsweise kommt es zu einer Zerreifsung des Gefäfses mit Austritt von Blut in das umgebende Bindegewebe.

Ich habe nirgends Veränderungen der gestreiften Muskelfasern noch der Gefäfse, die zwischen ihnen verlaufen, vorgefunden.

Im sechsten Stücke war die Affektion auf der Schleimhaut der Unterlippe lokalisiert; der histopathologische Prozefs war aber derselbe, wie in den soeben beschriebenen Fällen.

Die Dilatation war in einem Gefäfse mittleren Kalibers entstanden, das im submukösen, areolären Gewebe verlief, wo sie eine einzige, elipsoide Höhle gebildet hatte mit einem längeren Durchmesser von 3 mm, der in der Richtung des Gefäfses verlief. Die die Höhle umgrenzende Wandung war sehr dünn und bestand aus Bindegewebsfasern; innerhalb war sie mit Endothelien überzogen; elastische Fasern fehlten. Auch in diesem Falle bestanden kleine Abschnitte mit normaler Struktur der Venenwandung und charakteristischer Verteilung des elastischen Gewebes.

In der ganzen Umgebung des dilatierten Gefäfses waren die Gewebe von normaler Beschaffenheit; nur in der Nähe der Oberfläche der Schleimhaut bestand eine leichte Atrophie des Bindegewebes und des Epithels infolge der Kompression von unten.

(Fortsetzung folgt.)

Versammlungen.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Originalbericht von Dr. J. Pollitzer.

Sitzung vom 21. November 1906.

Riehl bespricht einleitend die Versuche Störks, die Natur der Xanthomkörper zu bestimmen, von denen es bisher auch klinisch unwahrscheinlich war, dafs ihr gelber Farbstoff Fett sei.

Störk hat bereits im Februar 1906 in einer Mitteilung an die Akademie der Wissenschaften über **Protagon** auf das Verhalten des **Xanthoms** zu diesem Körper hingewiesen, der phosphor- und stickstoffhaltig ist und zuerst von Liebreich im Zentralnervensystem, dann auch im Sputum und in der Nebennierenrinde gefunden wurde. Die Untersuchung eines Xanthomknotens von dem durch Riehl letzthin vorgestellten Fall zeigte gleichfalls, dafs die Substanz des Xanthoms sich zwar mit Osmium schwärzt und mit Sudanrot färbt wie Fett, im polarisierten Licht ebenso wie das Protagon Doppelbrechung zeigt. Chemisch war bisher eine Untersuchung dieser doppelbrechenden, fettähnlichen Substanz nicht möglich.

LEINER zeigt ein zweimonatliches Kind mit ausgebreiteter **Vitiligo** in Form großer pigmentloser Stellen in der Genitalgegend, am Kreuze und beiden Oberschenkeln. Dieselben traten angeblich nach Abheilung eines Ekzems auf. Lues ist nicht vorausgegangen.

ULLMANN stellt vor:

1. einen **Lupus vulgaris nasi** bei einem 24jährigen Manne; die vorher zahlreichen, ca. 50 Lupusknötchen schwanden nach isolierter Applikation von Radium (128 Minuten lang) und Röntgenisieren des Zwischenfeldes bis auf einzelne Reste vollkommen.

2. eine 46jährige Frau, die er 1896 mit einem über das Gesicht und die Kopfhaut ausgebreiteten **Lupus erythematosus** sah; einzelne Stellen im Gesichte machten zwar die Differentialdiagnose gegen **Lupus vulgaris** nicht leicht, umsomehr, als auch ein belegtes Geschwür am harten Gaumen bestand; doch wurde eine Probeexision verweigert. Jetzt sind die meisten Herde, besonders die am Kopfe unter Atrophien abgeheilt. Auch eine gleichzeitig bestehende Tuberculosis pulmonum ist wesentlich gebessert.

Der Zusammenhang des Lupus erythematosus mit Organtuberkulose ist nach meiner Erfahrung sicher. Von den seit 1893 beobachteten 28 Fällen zeigten nämlich 23 irgendwelche Zeichen von spezifischer Erkrankung in der Lunge, den Knochen, Drüsen oder wenigstens positive Tuberkulinreaktion, vier waren ohne Zeichen, vier Fälle von Lupus erythematosus disseminatus BOECK hatten sichere Tuberkulose. Diese Zahl von 80% Komplikation mit Tuberkulose spricht für einen innigen Konnex der Erkrankungen und mehr als zufälliges Zusammentreffen. Die Fälle ohne bazilläre Erkrankung sind wie die aus der Seborrhoea congestiva hervorgehenden vielleicht nur ähnlich und wesentlich ganz anderer Art.

Diskussion: JUNGMANN sah die auffallende Besserung bei der zweiten Patientin nach der HOLLÄNDERschen Behandlung mit Jodtinktur und Chinin auftreten, was auch die Diagnose eines reinen Lupus erythematosus bestätigt.

SPIEGLER. Trotz der Schwierigkeit genauer Differenzierung von Lupus erythematosus und vulgaris in manchen Fällen, wird dieselbe ebenso wie bei der Diagnose des Lupus syphiliticus früherer Zeiten stets durchgeführt werden müssen. Der Zusammenhang mit Tuberkulose ist nicht so sicher.

RIEHL hat die letal verlaufenen Fälle HEBRAS, die von ROKITANSKY seciert wurden, zusammengestellt und in elf Fällen sieben frei von Tuberkulose gefunden; ebenso negativ war die Untersuchung bei einem vor zwei Jahren an meiner Klinik verstorbenen Mädchen. Die Tuberkulotoxintheorie ist bisher nicht bewiesen. Die Schleimhauterkrankung der vorgestellten Frau stimmt nicht zu unseren bisherigen Bildern von Lupus erythematosus der Schleimhaut.

ULLMANN wendet ein, daß die erwähnten, alten Befunde nicht mehr stichhaltig sind und fernerhin auch auf die Knochen- und Drüsenbeschaffenheit genau geachtet werden müßte.

NECKER demonstriert ein **Mal perforant** auf endarteriitischer Grundlage in Form eines kraterartigen, empfindlichen Geschwüres an der Dorsalseite der linksseitigen fünften Zehe. Dem seit elf Wochen bestehenden Ulcus gingen Erscheinungen des ERBschen Symptomenkomplexes, intermittierendes Jucken und Gefäßspamen voraus. Die von MOSKOWICZ angegebene Funktionsprüfung der Arterien durch eine ESMARCHsche Binde zeigt Abgrenzung der Hyperämie scharf in der Mitte des Unterschenkels.

Spiegler zeigt:

1. einen **Lupus erythemodes** der Kopfhaut mit flacher Atrophie zur Differentialdiagnose gegen die narbige Atrophie bei Folliculitis decalvans.

2. einen handtellergroßen **Lupus erythematosus** hinter dem linken Ohr.

3. einen **Pemphigus foliaceus**, der anfangs auf die Kopfhaut beschränkt, mit chronischem Ekzem verwechselt werden konnte. Jetzt in Form meist eingetrockneter, mit Krusten bedeckter Stellen an Rücken und Brust ausgebreitet, stellt er die chronische, benigne Form dar.

Diskussion: Riehl. Der vorliegende Fall ist nur eine protrahierte Form des Pemphigus vulgaris, da die einzelnen Stellen alle Überhäutung und nirgends fortschreitende Exfoliation zeigen.

Kren demonstriert:

1. bei einer 57jährigen, sonst gesunden Frau, bestehen seit acht Jahren fast unverändert scharf umschriebene, infiltrierte, wenig elevierte, bläulichrote Stellen an der Nasenspitze und den Wangen; an der Nasenspitze einige eingesunkene Narben; bei Glasdruck erscheinen keine einzelnen Knötchen, sondern es verbleibt ein diffuses, gelbliches Infiltrat. Das Septum nasi von ulcerierten Granulationen besetzt, an einer Stelle perforiert. Die Probeexcision ergab oberflächlich eine diffuse chronische Entzündung infolge vielleicht sekundärer Dermatitiden und in der Tiefe einzelne tuberkulöse Herde. Trotz des Mangels der cyanotischen Blaufärbung und der sonst beobachteten Gefäßerweiterung liegt doch am wahrscheinlichsten ein **Lupus pernio** vor.

2. eine **diffuse Sklerodermie** mit Beteiligung des Gesichtes, der Arme und Beine. Starke Sklerodaktylie. Beteiligt ist auch das **Frenulum linguae**, das derb, kurz und sehnenartig glänzend ist und die Beweglichkeit der Zunge, sowie dadurch die Aussprache hindert.

3. einen siebenjährigen Knaben mit flachen, schmerzhaften, unterminierten Geschwüren in der linken Genitocruralfalte und ad anum, wahrscheinlich tuberkulöser Natur, von der Tiefe ausgehend oder äußerer Entstehung.

Riehl zeigt:

1. einen erwachsenen Mann mit ödematösen Schwellungen an den Handrücken und an anderen Stellen, die seit fünf Monaten immer wiederkehren und auch die Mundschleimhaut befallen. Es handelt sich um ein **Quinckesches Ödem.**

2. Präparate von **Trichonodosis**, einer Haarveränderung, die keiner Krankheit durch atrophische Störungen entspricht, sondern rein mechanisch durch Bildung von Knoten oder auch nicht durchgezogener Scheinknoten zustande kommt; dieselben befinden sich meist an den Haarenden, selten gegen die Kopfhaut hin, bei Frauen fast in 80%. Diese durch mechanische Schädigung der Rinde bedingten Störungen hängen entweder mit geringer Haarpflege oder auch mit einer schlechten, besonders der jetzt so verbreiteten Austrocknung durch Anwendung alkoholischer Haarwässer zusammen.

Sitzung vom 5. Dezember 1906.

Regimentsarzt Urpani (Abteilungsstabsarzt Stenczel) stellt zwei **extragenitale Sklerosen** vor und zwar die eine an der **linken Stirnseite** mit stärkerer Drüsenschwellung vor dem Ohre und submaxillar und Allgemeinexanthem, die zweite am **linken Jochbogen**; beide Soldaten sind in derselben Küche beschäftigt, und handelt es sich wahrscheinlich um eine Kontaktübertragung.

Ehrmann demonstriert:

1. ein seit fünf Jahren bestehendes, mit starker Hyperkeratose einhergehendes **Plantarsyphilid**, das durch das serpiginöse Randinfiltrat sich von der sehr ähnlichen

Psoriasis differenziert und auf Jodkalium rasche Rückbildung zeigt. Infektion vor 13 Jahren, wo im Anschlusse an eine Geburt eine wunde Brust und ein Ausschlag auftraten. Das Kind starb mit zwei Monaten.

Im Anschlusse zeigt der Vorstellende mehrere Bilder von ähnlichen Fällen, besonders solchen, die durch Hyperhidrosis dazu prädisponiert erscheinen.

2. ein 22jähriges Mädchen mit strichförmigen, radiär gestellten Narben an beiden Mundwinkeln, wie sie allgemein als Stigma der Lues hereditaria gelten. Die Patientin akquirierte aber vor einem halben Jahre eine frische Lues mit Exanthem und Papeln an den Tonsillen (positiver Spirochätenbefund); es könnte also eine Reinfektion vorliegen, oder wahrscheinlicher um Narben anderer Proveniens.

Diskussion: Riehl. Solche Narben sind ebensowenig wie andere für einen bestimmten Prozeſs spezifisch und können auch nach Ekzemen mit Rhagadenbildung zurückbleiben.

3. einen 43jährigen Mann mit **chronischem Ekzem** in der rechten Kniekehle, auf dessen Boden mit der Hyperpigmentation auch kleine warzige Wucherungen sich bilden; es ist das Bild des **Lichen simplex chronicus** Vidal oder der Mykosis flexurarum von Hebra jun. Der Mann zeigt dabei deutliche Urticaria factitia.

Diskussion: Weidenfeld hält die Affektion für einen Lichen simplex chronicus, der sich vom chronischen Ekzem wesentlich unterscheidet, da bei diesem nicht nur die Epidermis, sondern auch die ganze Cutis verdickt ist. Die vorhandene starke Pigmentation ist auffallend, läſst auch Lichen ruber planus nicht ganz ausschlieſsen und eine Arsenmedikation vermuten.

Ullmann glaubt nicht, daſs H. Hebra den Lichen simplex circumscriptus mit dem Ekzem und speziell der Form identifiziert hat, die er wegen vermuteter mykotischer Grundlage als Mykosis flexurarum bezeichnete.

Riehl spricht die vorhandene Pigmentierung und Verdickung (Lichenifikation) nur als sekundäre Folgeerscheinungen an, die keinen bestimmten Schluſs auf das primäre Krankheitsbild gestatten.

Ehrmann erwidert, daſs die Pigmentation wohl durch die chronische Entzündung allein begründet sei, die bei Schwarzhaarigen leicht Pigment erzeuge. Wenn auch der Lichen chronicus und Ekzem verschieden seien, gebe es doch Übergangsformen. Die Fälle von H. Hebra waren nicht einheitlich.

4. eine idiopathische Hautatrophie in Form der **Acrodermatitis atroph. Herxheimer** in Form cyanotisch roter, fein gefältelter Flecken an den unteren Extremitäten.

Scherber (aus der Klinik Finger) zeigt:

1. eine **Dermatitis herpetiformis Duhring** bei einem 35jährigen Tischler. Am Oberkörper und den oberen Extremitäten verschieden groſse, zum Teil konfluierende, lebhaft rote oder auch schon livide Erythemflecken, und auf deren Grund teils einzelne, teils besonders am Rande circinär angeordnete, kleine wasserhelle, oder zu Börkchen eingetrocknete Bläschen.

Die seit drei Monaten bestehende Affektion tritt unter starkem Jucken in Nachschüben auf, ohne das Allgemeinbefinden zu stören.

2. die vor vier Wochen von Müller vorgestellte **Mykosis fungoides**, bei der die stark schuppenden, roten Flecken der Erythrodermie stark an Ausdehnung zugenommen haben. Die Tumoren aber haben sich unter der Arsentherapie zurückgebildet.

3. eine seit drei Jahren bestehende Tumorbildung der rechten groſsen Zehe, die unregelmäſsig knotenförmige Auftreibung und in deren Umgebung kleinere, derbe Tumoren zeigt, oberflächlich ulcerös zerfallen ist. In inguine eine mächtige, derbe

Drüsenschwellung, welche die Diagnose eines malignen Tumors stützt. Dieselbe fand im histologischen Bilde eines **alveolären Sarkoms** auch ihre Bestätigung.

4. zwei **extragenitale Sklerosen** an der Ober- und Unterlippe bei zwei Frauen. An der Klinik kamen in den letzten Wochen acht extragenitale Sklerosen zur Beobachtung, davon fünf an den Lippen, zwei an den Tonsillen, und eine an der linken Wange.

Weidenfeld stellt einen diagnostisch interessanten Fall von **Lichen ruber planus** vor. Derselbe ist an den meisten Stellen der Extremitäten, des Stammes, besonders ad nates unter Arsenbehandlung mit starken Pigmentierungen abgeheilt. Innerhalb dieser pigmentierten Flecken, aber auch aufserhalb an gesunder Haut finden sich zahlreiche, follikuläre, nicht gerötete Knötchen mit feinen, dornähnlichen Hornstacheln im Zentrum; daneben traten auch im Gesichte und an den Ohren bläulichrote Erythemflecken mit sekundärer, geringer Hyperkeratose auf.

In der Literatur wird vielfach ein Übergang und Nebeneinandervorkommen von Lichen ruber planus und accuminatus berichtet, nicht aber eine Aufeinanderfolge der Affektionen. Diese ist auch hier nicht anzunehmen, vielmehr handelt es sich wahrscheinlich um eine **durch Arsen erzeugte, follikulär** lokalisierte, dem Lichen spinulosus ähnliche **Hyperkeratose.**

Ullmann demonstriert zwei Patienten mit **Lupus erythematodes.** Der eine, ein 34jähriger Mann, hat ausgedehnte, zahlreiche, zum Teil schon atrophische Plaques im Gesichte und dabei eine Bronchitis mit anfangs negativem Bazillenbefund. Auf Alttuberkulininjektion ($^1/_{10}$—3 mg) deutliche Allgemein- und Lokalreaktion mit deutlicher Besserung des Zustandes nach Ablauf der Reaktion. Eine Sputumuntersuchung mittels Pikrinsäurefärbung ergab übrigens deutliche tuberkulöse Involutionsformen.

Der zweite Fall, ein 20jähriges, sehr kräftiges Mädchen zeigt auf der Nase und im Gesichte mehrere dem Lupus erythematosus ähnliche Stellen, am rechten Ohrläppchen ein dem Lupus vulgaris ähnliches Infiltrat und an den Armen ein in Rückbildung begriffenes papulo-nekrotisches Tuberkulid. Auch diese Patientin wird mit Spenglerschem Perlsuchttuberkulin behandelt.

Beide Fälle scheinen mit ihren Komplikationen von Lungenprozessen, Knochen- und Drüseneiterungen, sowie anderen Formen von tuberkulösen Hautaffektionen auch die Zugehörigkeit des Lupus erythematosus zu dieser Gruppe zu bekräftigen.

Pick stellt vor:

1. ein flaches **Ulcus rodens** an der Oberlippe links; daneben ein kleinerer Tumor an der rechten Wange und im Gesichte noch mehrere hyperkeratotische senile Warzen, die in Form der von Darier als Keratose precancereuse bezeichneten Veränderungen auch die Entstehung der multiplen Epitheliome erklären.

2. einen 25jährigen aus Kanthey (Nordamerika) stammenden Mann mit **Lepra maculo-tuberosa;** dieselbe trat im Anschlusse an eine Variolaimpfung vor einem halben Jahre auf und führte zur Bildung unscharf begrenzter, braunroter Flecken am Stamm und einzelner Knötchen an den Extremitäten. Nervenveränderungen bestehen nicht; Bazillen konnten bisher im Nasensekrete nicht nachgewiesen werden.

Diskussion: Oppenheim macht auf depigmentierte Stellen am Halse aufmerksam, die er schon gelegentlich seiner Leprastudien mit dem Leukoderma syphiliticum in Analogie bringen konnte.

Riehl: Die hier vorliegenden Flecken sind frische lepröse Infiltrate und entsprechen dem makulösen Stadium, der Roseola bei Lues; davon sind die mit Anästhesie verbundenen Flecken der Morphoea wohl zu unterscheiden.

KREN demonstriert:

1. eine 22jährige Frau mit einem **Lichen** und **Ekzema scrophulosorum.** Neben einzelnen und gruppierten gelblichbraunen Knötchen am Stamme auch nässende und mit Krusten bedeckte Stellen.

2. einen 30jährigen Kellner, der seit fünf bis sechs Jahren an den Handrücken und Oberschenkeln lebhaft rote, ganz flache Flecken hat, die sich namentlich am Rande bei näherem Zusehen deutlich aus feinsten Gefäſsektasien zusammensetzen und in der Mitte eine deutliche Atrophie in Form weiſser Punkte zeigen. Bei Glasdruck bleibt eine leicht gelbliche Verfärbung wie nach einer schwachen Blutung. Ich glaube diese Affektion mit dem von MAJOCCHI in der Festschrift für PICK beschriebenen Krankheitsbilde: **Teleangiectasia annulata** oder **Purpura teleangiectodes annularis** identifizieren zu können, wenn hier auch die Intensität der Blutaustritte gering ist.

Diskussion: WEIDENFELD sah drei ähnliche Fälle. Zunächst einen Mediziner, der an den Armen linsengroſse bräunliche Flecken und darin sowie in deren Umgebung rote Punkte zeigte mit einer atrophischen Fältelung, wie sie ähnlich nur bei der Pityriasis lichenoides vorkommt. Zweitens eine Frau, die am ganzen Körper solche braunrote, nicht verdrückbare Flecken hatte; nach dem Abkratzen der leicht gefälteten Epidermis traten kleine, schwarzbraunen Beeren ähnliche Exkrescensen hervor, die bei Anstechen Blut entleerten, also sicher Teleangiektasien waren, die bald spontan wieder schwanden. Diese einer Steigerung der auch normal, besonders an den Extremitäten vorkommenden Gefäſsektasien entsprechende Erscheinung könnte als Teleangiectasia progressiva generalisata bezeichnet werden. Bei einem dritten Falle, einem jungen Mädchen, traten an beiden Unterschenkeln seit mehreren Jahren braune, bis guldengroſse Flecken und innerhalb derselben sowie an normaler Haut die kleinen, punktförmigen, roten Flecken auf. In die Gruppe dieser erworbenen Teleangiektasien ist auch KRENS Fall einzureihen.

BRANDWEINER vermiſst in dem vorgestellten Fall die annuläre Form, die allerdings nicht so wesentlich ist, sowie die Deutlichkeit der hämorrhagischen Teleangiektasien, die histologisch der unter Finger- und Glasdruck eben nicht schwindenden Purpura entsprechen. Dagegen waren die von KREN und auch MAJOCCHI beschriebenen Atrophien und Haarlosigkeit in seinen Fällen nicht vorhanden.

KREN: Wesentlich für das von MAJOCCHI aufgestellte, aber noch unscharf begrenzte Krankheitsbild sind die Teleangiektasien, während die anderen Symptome wie die Purpura und Atrophie wechseln können.

RIEHL zeigt einen Patienten mit diffuser und fleckiger braunen Pigmentation am Stamm und den Extremitäten, vom Genitale als intensivst beteiligter Stelle ausstrahlend; daneben sind noch einzelne livid verfärbte Erytheme. Da der Patient seit sechs Monaten an Syphilis erkrankt ist, könnte man auch an ein sogenanntes originäres Pigmentsyphilid denken; aber die Angabe des Patienten, daſs die Pigmentierungen ganz der Ausdehnung einer durch graue Salbe hervorgerufenen Hautentzündung nach MORPIONES entspricht, bestätigt die Annahme, daſs es sich nur um **Residuen einer Hg-Dermatitis** handelt, wie sie in fast gleicher Form bei einem zweiten Patienten nach Einreibung mit grauer Salbe entstand.

Sitzung vom 19. Dezember 1906.

Ordentliche Generalversammlung, in der beschlossen wurde, zu Ehrung HALLOPEAUS sich an der Festgabe der französischen Kollegen zu beteiligen.

Die Anregungen der Gesellschaft in der Bibliothek der Gesellschaft der Ärzte wurden durchgeführt. — Der Vorschlag RIEHLS, im Hörsaal der dermatologischen Klinik einen Projektionsapparat zur Demonstration besonders histologischer Präparate aufzustellen, wird angenommen.

Die Neuwahl des Vorstandes für 1907 ergab:
Präsident: Professor FINGER.
Präs.-Stellv.: Professor EHRMANN.
Schriftführer: Drs. BRANDWEINER und KREN.
Kassierer: Dr. WEIDENFELD.

Sitzung vom 9. Januar 1907.

BRANDWEINER demonstriert einen 40jährigen Mann mit **Sklerosis redux** im Sulcus coronarius in Form eines wenig erodierten Infiltrates, ohne Drüsenschwellung. Die Infektion erfolgte vor sieben Jahren, Hg-Kuren erfolgten mehrere. Der Mangel der Drüsenschwellung und jeder Tendenz zum nekrotischen Zerfall ist gegenüber einem Gumma sehr wesentlich.

Diskussion: EHRMANN hat schon wiederholt betont, dafs der Bau dieser Ulcerationen nicht dem eines verkäsenden Gumma entspricht. Die Untersuchung in einem seiner Fälle ergab, dafs nicht nur an Stelle des Primäreffektes, sondern auch entlang der Lymphgefäfse neue Infiltrate auftraten; auch mufs dies überhaupt nicht an Stelle eines Residualinfiltrates auftreten, sondern kann von jedem Reste an einem Gefäfse sich entwickeln.

NOBL: Die Reinduration ist trotz der klinischen Ähnlichkeit insoweit vom Primäraffekte wesentlich verschieden, als sie gar keine oder nur wenige Spirochäten enthält: wenigstens ergaben drei Fälle seiner Beobachtung auch bei Dunkelfeldbeleuchtung keine Krankheitserreger.

NOBL zeigt:

1. einen sechsjährigen Knaben, bei dem im Anschlufs an Masern an den Extremitäten und dem Gesäfs ein **papulo-nekrotisches Tuberkulid** und aufserdem ein ätiologisch ganz verschiedenes Exanthem aufgetreten sind, das am Stamm und Extremitäten aus ganz flachen, fein schuppenden Knötchen und rosenroten, vielfach zart gerunzelten Flecken besteht, also ein psoriasisähnlicher Ausschlag, wie er der **Pityriasis lichenoides chron.** entspricht.

2. eine 40jährige Frau mit einer durch **Primula obconica** erzeugten **Primeldermatitis.**

EHRMANN demonstriert eine 87jährige Frau mit einer Affektion, die er am ehesten dem **Lichen simplex chronicus VIDAL** anreihen möchte. Sie begann vor drei Jahren am Halse und Nacken, betrifft jetzt auch die Ellenbogen und das Kreuzbein, setzt sich aus bis erbsengrofsen, flachen, vielfach exkoriierten Knötchen zusammen, die im Anschlusse an Diätfehler unter starkem Jucken immer wieder auftreten. Mit Rücksicht auf den lokalen Charakter ist das Exanthem derart aufzufassen, gleich der Neurodermitis circumscripta oder der Mykosis flexurarum, vielleicht auch dem, was die Franzosen neuerdings als Prurigo diathesique bezeichnen.

Diskussion: SPIEGLER fafst die Erkrankung als chronische, papulöse Urticaria mit starkem, infiltrierendem Juckekzem auf, wofür man nicht neue, für das Wesen der Affektion belanglose Namen brauche. Die Bezeichnung Prurigo diathesique sei um so weniger angebracht, als dieser Name ein anderes, wohl definiertes Krankheitsbild bezeichnet.

FINGER verweist auf den von seiner Klinik im vorigen Jahr wiederholt vorgestellten analogen Fall von Urticaria chronica am Stamm und den Extremitäten. NEUMANN und SPIEGLER schlossen sich der Diagnose an. Wenn man wie JADASSOHN ähnliche Formen als Neurodermatitis bezeichnet, müfste man den Lichen planus VIDAL mit seinen lokalen, stabilen Veränderungen als wesentlich different davon auffassen

EHRMANN: Das Primäre bei der Kranken ist das Jucken, die Knötchen und die Ekzematisation sind sekundär, haben aber mit Urticariaquaddeln nichts gemein. Analoge Veränderungen finde man oft unter den Karlsbader Patienten.

REINES zeigt ein 17 monatliches Mädchen, bei dem sich im Anschlusse an eine Verletzung ein Lupus vulgaris (**Inokulationslupus**) bildete.

WINKLER demonstriert einen 37 jährigen Mann mit einer **periostalen Schwellung nach Typhus**, die er als bazilläre Metastase betrachtet, um so mehr als er bei Prüfung des Abscefsinhaltes mit dem FICKERschen Typhusdiagnostikum eine positive Reaktion erhielt.

Diskussion: VOLK hält letzteren Beweis für irrig, da er nur die Anwesenheit von Agglutininen im Abscefsinhalt bestätige; zur positiven Bestätigung wäre der Nachweis von Typhusbazillen oder spezifischen Präzipitinen mittels eines Immunserums nötig gewesen.

ULLMANN zeigt das bereits früher vorgestellte Mädchen mit dem **papulo-nekrotischen Tuberkulid** an den Extremitäten und dem **Lupus erythematosus** im Gesicht nach Einspritzungen von Perlsuchttuberkulin (SPÄNGLER).

Bei leichten lokalen Reaktionen an den Injektionsstellen und geringer Temperatursteigerung sind die Hauterscheinungen fast ganz geschwunden, ebenso wie ich dies in anderen Fällen bei Alttuberkulin schon sah, und zwar nicht vorübergehend und scheinbar unter dem Einflufs der reaktiven Schwellung, sondern andauernd.

FINGER bespricht die bekannten Allgemeincharaktere der **Lues maligna praecox** und zeigt hierzu fünf entsprechende Fälle, die ganz oder teilweise diese Symptome darbieten:

1. einen 45 jährigen Mann, infiziert vor zehn Monaten, im Anschlufs an Primäraffekt Roseola und grofslentikuläres, jetzt ein ulcerös-pustulöses Exanthem und Kachexie.

2. einen 31 jährigen Mann, neun Monate nach der Infektion. Am ganzen Körper Narben und rezente krustöse Efflorescenzen. Sarcocele luetica. Perforation des Septum. Beide Patienten vertragen Quecksilber gut.

3. einen 30 jährigen Mann; vor zwei Jahren Sklerose mit anschliefsendem makulösem Exanthem; dann ulceröse Lues am harten und weichen Gaumen. Gegenwärtig Ulcerationen der Nase und hinteren Rachenwand, Periostitis des linken Ellenbogens; hochgradige Kachexie mit Fieber bis zu 40°. Schlechte Reaktion gegen Quecksilber.

4. einen 35 jährigen Mann, zwei Jahre alte Lues, mit gummösen Ulcerationen an der Nase und den Unterschenkeln; Paronychia luetica.

5. einen 22 jährigen Kranken; Infektion vor sechs Monaten, tiefe Ulcerationen im Halse.

SCHERBER (Klinik FINGER) demonstriert:

1. das histologische Präparat einer Venenwand von einer **Phlebitis migrans.** Dieselbe begann bei dem 32 jährigen Arbeiter vor 2½ Jahren unter den Erscheinungen eines schmerzhaften Rheumatismus mit Knoten an den unteren Extremitäten, die sich unter einer Badekur zurückbildeten. 1905 bildete sich in der rechten Axilla ein Knoten, der bis in die Cubita und zum Handgelenk wanderte. 1906 zeigte der Patient auf der Klinik NEUSSER oberhalb der linken Cubita einen wallnufsgrofsen derben Tumor, der auf der Klinik v. EISELSBERG exzidiert wurde und den Durchschnitt der eingestellten subcutanen Vene ergab. Die Media und Adventitia sind verbreitert und von einem starken ein- und mehrkernigen Rundzelleninfiltrat durchsetzt; die Endothelzellen der Intima vielfach nur in einfacher Lage erhalten. Nach der Exzision wanderte der Knoten noch 4 cm von der Narbe nach abwärts, ging aber auf Jothioneinpinselungen zurück.

2. eine 22jährige Frau mit einem **Erythema nodosum syphiliticum**. Patient zeigt am Halse und Extremitäten Narben nach einem in der Kindheit überstandenen, wohl tuberkulösem Leiden. 1903 Infektion mit Lues; Frühjahr und Herbst 1904, sowie zum drittenmal jetzt Rezidive in Form des gleichen knotenartigen Exanthems, das von den subcutanen Gefäfsen ausgehend, gegen die Haut wächst und endlich zum Durchbruche und der Ulceration führen. Auf Tuberkulin nur allgemeine, keine lokale Reaktion.

Mucha (Klinik Finger) stellt vor:

1. ein 14jähriges Mädchen mit einer **Folliculitis decalvans**, die fast überall schon zu narbig atrophischen alopecischen Flecken geführt hat; an deren Rand aber auch noch frische, follikuläre Efflorescenzen.

2. eine 43jährige Frau mit einem vier Monate bestehenden **Sklerosenrest** an der rechten **Mammilla**, papulösem Exanthem und Iritis luetica.

3. ein vier Monate altes, **papulo-pustulöses Exanthem**.

4. einen Patienten mit vier bis fünf Monate bestehender Lues in Form eines **makulösen Exanthems** und gruppierter seborrhoischer Papeln im Gesicht, an Brust und Schulter.

5. drei Fälle von **Lupus vulgaris disseminatus**, die nach der **K. Spenglerschen** Methode mit Injektionen von **Perlsuchttuberkulin** behandelt wurden. Die Lokalreaktion an der Injektionsstelle, sowie die Allgemeinreaktion waren deutlich, nie bedrohlich. Die Krankheitsherde zeigen nach anfänglicher Rötung und Schwellung deutliche Besserung; doch ist nach der bis nun zehnwöchentlichen Behandlung ein abschliefsendes Urteil noch nicht möglich.

Mucha und Landsteiner ergänzen ihre vorläufigen Mitteilungen über die biologischen und pathologischen Eigenarten der **Spirochaeta pallida** (Untersuchungen mit Dunkelfeldbeleuchtung).

Bei Schutz vor Austrocknung erhält sich in Zimmertemperatur die Eigenbewegung durch zwei Tage. Bei höheren Temperaturen wird die Bewegung lebhafter, die Lebensdauer aber geringer (bei 45° Beweglichkeit in einer Viertelstunde verloren), im Eisschrank Bewegung langsamer, aber länger anhaltend.

Von Flüssigkeiten wirken normales Serum und Serum von Luetikern, Kaninchen-, Meerschweinchenserum, Wasser, Kochsalzlösung und Hydrocelenflüssigkeit bewegungshemmend, aber nicht agglutinierend. Die schädliche Einwirkung auch des normalen Serums dürfte erklären, warum die Spirochaeta pallida nicht ähnlich wie die meisten Spirochäten ein eigentlicher Blutparasit ist. Unter dem Serum mit Luesgewebe intraperitoneal immunisierter Kaninchen erfolgten stärkere Hemmung und abnorme Bewegungserscheinungen.

Die Beobachtung von Agglutinationserscheinungen (Figuren von Sternchen und Häufchen) im frisch gewonnenen Gewebssaft syphilitischer Efflorescenzen, besonders länger bestehender, lassen auf eine lokale, daher dem Blutserum von Syphilitikern fehlende, Antikörperbildung (Agglutininbildung) schliefsen.

Kyrle demonstriert das anatomische Präparat des von Scherber letzthin vorgestellten Alveolarsarkoms der grofsen Zehe. Die genauere histologische Untersuchung zeigt ein pigmentfreies, wohl **naevogenes Alveolarsarkom**.

Müller bespricht an der Hand eines Falles von **Epididymitis blennorrh.** die von ihm und Oppenheim gewonnenen Resultate, welche deutliche Hemmung der Haemolyse infolge von Komplementablenkung durch Bildung von Antikörpern in manchen Fällen von Blennorrhoe beweisen.

Oppenheim zeigt einen 15 cm langen, $^{1}/_{2}$ cm weiten **bräunlichen Epithelschlauch,** der bei einem mit Lapisinstillationen behandelten Mann durch den Morgenurin entleert wurde und durch Abstofsung des aus Plattenepithelien zusammengesetzten inneren Epithelrohres veranlafst wurde. Davon verschieden kommt es bei der Urethritis membranacea der akuten Blennorrhoe zur Ausstofsung der entzündlichen krupösen Beläge.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

Band X. Heft 4. Januar 1907.

I. **Nachtrag zu dem Aufsatz: Über Arsenzoster,** von B. Solger-Neifse. Im ersten Heft dieses Bandes hatte Verfasser den Versuch gemacht, die Gefäfse des Epineurium und besonders die des Endoneurium für das Zustandekommen des Herpes zoster im allgemeinen und des Arsenzoster im besonderen in erster Linie verantwortlich zu machen. Verfasser erweitert nunmehr noch seine Ansichten. Die Schädigungen der Nervenfasern könnten möglicherweise nicht direkt durch die Gefäfse erfolgen, sondern erst indirekt durch Vermittlung der Lymphbahnen, die innerhalb der peripheren Nerven sehr bemerkenswerte Verhältnisse darbieten. Die Schädigungen der Nervenfasern durch die gifthaltige Lymphe müfste noch leichter zustande kommen, wenn das Fluidum, welches die endoneuralen Bahnen prall füllt, die Nervenfasern zentralwärts bis zum Spinalgangliom und noch darüber hinaus begleitet.

II. **Über die Notwendigkeit der internen Behandlung infectiöser Urethritiden,** von Ernst R. W. Frank-Berlin. Frank betont die Schwierigkeit der Tripperbehandlung und bemerkt, dafs er noch nie einen Tripper gesehen hat, der spontan ausgeheilt ist. (Ich auch nicht. Der Referent.) Nur ab und zu kommt Spontanheilung vor bei Urethritiden auf bakterieller — nichtblennorrhoischer Basis. Mit internen Mitteln allein heilt man keine Blennorrhoe, das Arhovin macht ebensowenig wie alle übrigen internen Mittel die lokale Antisepsis bei der Blennorrhoetherapie überflüssig; es ist nur ein wirksames Unterstützungsmittel, das einzig Wahre ist die lokale Silbertherapie. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XVII, Heft 11 und 12.

Nachruf für William K. Otis.

Über die für Bilharziakrankheit typischen Urethralfisteln, von Carl Goebel. Während man sonst Urethralfisteln ohne Striktur selten, und bei Strikturen immer proximal von der Striktur findet, ist dies bei der in Ägypten häufigen Bilharziakrankheit anders. Hier finden sich die Fisteln oft ohne Striktur und wenn es zu Granulationswucherungen in der Harnröhre gekommen ist, so sitzt die Fistel distal von dieser. Verfasser betrachtet die Bilharziafisteln als chronische Eitersenkungen, bedingt durch die Fremdkörperreizung des Eies und konsekutive demarkierende Eiterung, zweitens durch Zutritt des Urins durch die im Epithel, resp. in der Wand der Urethra gesetzten Defekte. Die Fisteln liegen oft in förmlichen Tumoren ein-

gebettet, die sich darstellen als chronischer Granulationstumor mit starker Neigung zu exzessiver Narbenbildung, die fibrom- und auch wohl keloidartigen Bau ergibt. Die Oberfläche ist durch starke Epithel- und Bindegewebswucherung vielfach, besonders um die Fistelmündungen, papillomatös, die spezifischen Bestandteile (Würmer und deren Eier) fehlen für gewöhnlich. Die Therapie mufs eine möglichst energisch operative sein, Spaltungen, Exzisionen, Auskratzungen und Heilung des Grundleidens erstreben.

Ein bequemer und praktischer Handgriff zur Valentinlampe für Urethralendoskopie, von Karl Ullmann. Verfasser hat das bekannte kleine Instrument ganz praktisch in der Weise modifiziert, dafs er ihm einen dicken, gut in der Hand liegenden Handgriff gab, an dem das Schliefsen des Stroms durch einen einfachen Druck auf einen Knopf herbeigeführt wird.

Spülcystoskope, von O. Ringleb. Verfasser beschreibt die Nachteile der bisherigen Spülcystoskope und schildert die Anforderungen, die er an ein brauchbares Instrument stellt. Das von ihm angegebene wird nach Herausnahme der Optik durch ein Ventil gesperrt, so dafs nichts abfliefsen kann. Dies Ventil wird durch Federkraft und durch den Druck der Flüssigkeit in der Blase geschlossen und beim Einführen der Optik nicht gehoben. Spülung und Abflufs ist durch einen seitlich angebrachten Hahn auch bei eingeschobener Optik möglich.

Folliculitis fibrosa urethrae, von Josef Sellei. Verfasser bezeichnet so jene subepithelial gelegenen harten Knötchen der urethralen Schleimhaut, welche isolierte Gonokokkenherde sind, eine oft wichtige Rolle bei der Rekrudeszenz der Blennorrhoe spielen, jedoch meistens keine besonderen mit dem Urethroskop sichtbaren Veränderungen aufweisen. Da sie nie abscedieren, so kommt es auch nie zu Fistelbildung. Therapeutisch empfiehlt er Massage über der eingeführten Sonde, event. mit Einpinseln von Jodtinktur oder Jothion kombiniert.

Über Lipurie, von de Keersmaecker. Lipurie findet man entweder bei starkem Eiweifszerfall (bei Leber-Pankreas, Herzkrankheiten, bei Vergiftungen, Knochenbrüchen oder Quetschungen des subcutanen Zellgewebes, oder bei fettiger Degeneration der Nierenepithelien, oder bei Eitermassen, welche direkt mit den Harnorganen in Verbindung stehen). Verfasser beobachtete ein junges Mädchen, welches an Unterleibsschmerzen und Enuresis nocturna litt. Beim willkürlichen Urinieren entleerte sie trüben Urin, der mikroskopisch keine Bakterien, aber viele Fettkügelchen enthielt; der mit dem Katheter entfernte Urin war stets klar und frei von Fett. Verfasser dehnte die Harnröhre mit dicken Instrumenten, um so Heilung der Enuresis zu erzielen. Dies gelang, die Cystoskopie ergab normale Verhältnisse (oder die Urethroskopie, es steht nur da: „die Harnröhre wurde durch Untersuchung nach der Oberländerschen Methode normal befunden"). Mit dem Schwinden der Enuresis schwand allmählich auch die Trübung des Urins. Eine Ursache der Fettabsonderung konnte Verfasser nicht entdecken.

Zur Frage der Therapie diverser Prostataaffektionen mittels der Bierschen Stauung, von Wassertthal. Verfasser hat die Arzbergersche Kühlbirne als Biersches Saugglas mit einer Öffnung versehen, so dafs sie direkt an die Prostata angelegt werden kann. Verfasser fordert zu Nachprüfungen auf.

Mit diesem Hefte endet das Oberländersche Centralblatt für Harn- und Sexualorgane. Als Fortsetzung erscheint, in Verbindung mit den Monatsberichten für Urologie nunmehr eine

Zeitschrift für Urologie.
Band I, Heft 1

derselben enthält:

Über Cystitis glandularis und den Drüsenkrebs der Harnblase, von Stoeckel und Zuckerkandl. Dieser erste Teil der Arbeit beschäftigt sich mit der Herkunft des Schleims in der Blase und der sekretorischen Fähigkeit einzelner oberflächlicher Zellen.

Über die Verwendung des Nitzeschen Cystoskops in der luftgefüllten Blase der Frau, von Stoeckel. Bei weiblichen Blasen ist oft infolge von Blasenscheidenfisteln oder Insuffizienz des Sphinkters eine Anfüllung mit Wasser nicht möglich. Da läßt oft in Knieellenbogenlage sich die Blase mit Luft anfüllen und gut cystoskopieren, da die Luft sich besser als die Flüssigkeit in der Blase hält. Zu beachten ist, daß man in der luftgefüllten Blase mit der Lampe leichter Verbrennungen macht als in der wassergefüllten und daß bei der angegebenen Lage alle Verhältnisse auf dem Kopfe stehen, z. B. die Urethralwülste sich oben befinden. Im übrigen ist besonders die Ureterenaktion in der luftgefüllten Blase vorzüglich zu demonstrieren.

Die Barberiosche Reaktion auf Sperma, von Posner. Verfasser hat die Reaktion Barberios auf ihre forensische Bedeutung nachgeprüft und sie für sehr geeignet gefunden, um schnell und sicher Prostatasekret (auch Samenflüssigkeit bei Azoospermie) zu differenzieren. Sie besteht darin, daß auf Zusatz von Pikrinsäure sich unter dem Mikroskop nadelförmige, oft gekreuzte Kristalle bilden. Einen Vorzug vor der Florenceschen Reaktion hat sie nicht.

Die Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen, von Schlagintweit. Verfasser ist mit seinen Erfolgen der Prostatabestrahlung bei Hypertrophie nicht zufrieden. Zwar lassen sich durch das von ihm angegebene Verfahren die Beschwerden des Prostatismus oft für Wochen und Monate beseitigen, aber eine Heilung, eine Beseitigung des Residualurins ist nicht zu erzielen.

F. Hahn-Bremen.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Jahrgang IV. Heft 1.

Echinokokkus der Orbita, von P. N. Barabaschew-Charkow. In der Zeit von 1774 (Jean Petit) bis 1882 sind 39 Fälle dieser Art publiziert worden. Verfasser hat im genannten Jahre und im Jahre darauf je einen Fall veröffentlicht. Er publiziert jetzt seinen dritten Fall. Ein 24jähriger Landmann bot eine seit ca. einem Jahre bestehende Geschwulst am Auge dar, aus welcher die Probepunktion häkchenhaltige, klare Flüssigkeit entleerte. Trotz fester Verwachsung der Geschwulstkapsel mit dem Auge gelang die Entfernung des ganzes Sacks und die Erhaltung des Auges.

Blennorrhoea insontium, von W. M. Kudisch. Verfasser berichtet über vier Fälle von blennorrhoischer Entzündung an den Genitalien bei Kindern im Alter von 14 Monaten bis fünf Jahren. Die Infektion war offenbar durch infizierte Dienstmädchen resp. vom Vater übermittelt worden.

Ein Fall von cerebrospinaler Syphilis zur Zeit des sekundären Exanthems, von W. K. Didrichsohn. Ein kräftiger junger Mann von 24 Jahren bot wenige Wochen nach konstatiertem Primäraffekt ein papulöses Syphilid der Haut dar. Er wurde energisch mit Injektionen von Sublimat (2%), und nach Verabreichung von zwölf solchen Spritzen in 24 Tagen ging man zu salicylsaurem Hg (10%) über. Trotzdem traten zwei Monate nach Beginn der Krankheit folgende cerebrale Erscheinungen hervor: Ungleichheit der Pupillen, Diplopie, undeutliche Aussprache, Schwäche der unteren Extremitäten, Intentionszittern, spastisch-paralytischer Gang, Erhöhung der Patellarreflexe, Rombergsches Phänomen und Herabsetzung der

Schmerz- und Tastempfindung auf einigen Hautgebieten. Trotz energischer Behandlung hat sich der weitere Verlauf bei gelegentlicher Besserung im ganzen entschieden ungünstig gestaltet.

Zur faktischen Berichtigung, von O. Grosse-München. Betrifft die Schutzmittelfrage.

Bericht über die Verhandlungen des Allgemeinen Fürsorge-Erziehungstages vom 11. bis 14. Juni 1906 zu Breslau, von W. Hammer-Berlin. Nachdem Lehrer W. Pietzsch noch ausgeführt hat, dafs die Beschäftigung mit Gärtnerei und Handarbeiten ein gewisses Ziel, ein greifbares Resultat erstreben mufs, wenn sie erzieherisch wirken und nicht in Spielerei ausarten soll, stellt der Vorsitzende, Pastor Seiffert-Straufsberg, einige Thesen auf, welche allgemeine Gesichtspunkte für die Leitung der Arbeiten in solchen Anstalten enthalten. Medizinalrat C. Neisser-Bunzlau bespricht ausführlich die psychiatrische Seite der Beurteilung und Behandlung der Fürsorge-Zöglinge. In amtlichen Berichten ist gesagt worden, dafs hereditäre Belastung und Anlagen zu psychischen Störungen bei weitem nicht in dem Umfang beständen, wie im allgemeinen angenommen wird. Redner weist nach, dafs an den unter ärztlicher Leitung stehenden Anstalten diese amtliche Auffassung durchaus nicht bestätigt wird, sondern dafs die ärztlichen Berichte ein sehr starkes Überwiegen psychischer Entartung bei den jugendlichen Sträflingen ergeben.

Philippi-Bad Salzschlirf.

The British Journal of Dermatology.

Februar 1907.

Der gegenwärtige Stand der Lupusbehandlung, von Willmott Evans. In dieser kurzen Übersicht über die nun gebräuchlichen Behandlungsmethoden des Lupus als 1. Skarifikation und Ätzmittel, 2. Ausschabung mit oder ohne nachherige Anwendung der Ätzmittel, 3. Excision, 4. Licht-, 5. opsonische Behandlung kommt E. auf Grund eigener Erfahrungen zu folgenden Ergebnissen: Für die nicht exponierten Körperstellen ist die bei weitem beste Behandlung die Excision, obwohl in manchen wenigen Fällen Ausschabung (2) genügen kann. Für Gesicht und Nacken sind X-Strahlen und Finsenlicht die wirksamsten Methoden; E. zieht persönlich die X-Strahlen vor. Die opsonische Behandlung mit Tuberkulininjektionen — ist besonders von Vorteil in Fällen, wo die Neigung zu Rückfällen eine grofse und der Erkrankungsherd ein ausgedehnter, aufserdem eine gewisse tuberkulöse Prädisposition vorhanden ist. Auffallenderweise gibt es Fälle von Lupus, welche weder auf Röntgenstrahlen, noch Finsenlicht reagieren; E. glaubt, dafs wenigstens bei manchen dieser Fälle eine hochgradige septische Infektion, welche die Wirkung der Strahlen verhütet, vorhanden sei, und fand hierbei oft lokale Anwendung antiseptischer Mittel von grofsem Werte.

Ein Fall von Trichonodosis, von J. M. H. Macleod. Der Fall betraf eine 13jährige Singhalesin, deren Haar, wenn auch nicht gerade an Menge vermindert, nicht richtig wachsen wollte, und, wenn es die Schultern erreichte, abbrach. Das Kind war gesund bis zum Alter von sechs Jahren, wo es eine sehr heftige Pneumonie hatte und deshalb Eis auf den Kopf bekam; seitdem schien den Eltern das Haarwachstum ein unbefriedigendes zu sein. Der Haarboden wurde bei der Untersuchung als sehr trocken gefunden, ohne dafs jedoch Pityriasis oder eine Spur von Hyperkeratosis vorhanden wäre; die Haare waren trocken und glanzlos, aber tiefdunkel pigmentiert, ihre Enden entweder gespalten oder zugespitzt und atrophisch oder auch hakenförmig umgebogen. Die merkwürdigste Veränderung bestand aber

in kleinen, mit bloſsem Auge schon sichtbaren Knoten, welche zwar nicht an jedem Haare, aber einer beträchtlichen Anzahl derselben entweder in der Ein- oder Mehrzahl vorhanden waren und unter dem Mikroskope sich als wirkliche Knoten erwiesen. Einige der Knoten waren fester zusammengezogen, andere lose. Die Untersuchung auf Hyphomyceten oder irgendeinen anderen pathogenen Mikroorganismus hatte negative Resultate, und ätiologisch konnte nichts eruiert werden; M. kann hierfür höchstens mechanische Gründe finden — häufiges Bürsten und Kämmen im Zusammenhang mit der Neigung zu Lockenbildung. Der Fall schlieſst sich jenen in den letzten Jahren von Galewsky, Veiel, Julfeldt, Schmidt usw. veröffentlichten an; mit vier Abbildungen. *Stern-München.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1906. Heft 10—12.

Die Sporotrichosis hypodermatica, von de Beurmann und Gougerot. Unter dem Namen Sporotrichosis hypodermatica entwickeln de Beurmann und Gougerot ein neues Krankheitscild, bei dem sie drei Formen unterscheiden: die Sporotrichosis gummosa mit zahlreichen Herden, die Sporotrichosis mit groſsen, zahlreichen subcutanen Abscessen und die Sporotrichosis lymphangitica gummosa. Zu diesen Formen sind im ganzen erst wenige, aus der jüngsten Zeit stammende Fälle von de B., von Dor (1906) und von Schenk (1896) veröffentlicht. Wahrscheinlich ist die Krankheit aber gar nicht so selten, sie wurde aber bisher nicht richtig diagnostiziert. Allen drei Formen gemeinsam ist das Gumma, es unterscheidet sich klinisch nur durch die Gröſse der Abscesse, durch deren Lokalisation und systematische oder regellose Anordnung. Auch ätiologisch stehen sie sich nahe, ihre drei Parasiten gehören zur selben Art, ja die Sporotrichosis Beurmannii und die Sporotrichosis Schenkii sind vielleicht identisch. Man rechnet sie zu den Mucedineen oder unvollkommenen Pilzen, und für wiſsbegierige Leser haben die Verfasser auf vier Seiten ihre, der Parasiten, ganze Naturgeschichte hingesetzt.

Die erste Form, die zuerst 1903 von de B. und Ramond beschrieben wurde, zeichnet sich durch eine Reihe langsam wachsender Knötchen (6—35) aus, die planlos überall unter der Haut erscheinen. Diese Knötchen, anfangs etwa $^1/_2$ mm im Durchmesser, sind hart, elastisch, beweglich, ganz schmerzlos und beeinträchtigen während der ganzen Zeit ihres Bestehens das Allgemeinbefinden nicht im geringsten. Greift keine Behandlung ein, so erreicht ein solches Knötchen innerhalb vier bis sechs Wochen ungefähr Haselnuſsgröſse, erweicht und verwächst mit der darüberliegenden Haut, die keine nennenswerten Veränderungen eingeht. Dieser Zustand ist ein endgültiger; es kommt zu keiner Ulceration. Eröffnet man ein solches erweichtes Gumma künstlich, so erhält man eine klebrige, mit Eiter durchsetzte Flüssigkeit, aus der man das Sporotrichum Beurmanni in Reinkultur gewinnen kann. Das einmal eröffnete Knötchen bleibt entweder unverändert oder verwandelt sich in ein syphiloides Geschwür. Durch Jodkalium läſst sich aber der ganze Prozeſs jederzeit zum Verschwinden bringen; schon die eben entstehenden Knötchen bilden sich unter seinem Einfluſs zurück. — An diese Ausführungen knüpft sich eine sehr gewissenhafte Differentialdiagnose und eine sehr eingehende Schilderung der Kulturen des Trichosporum. — Histologisch haben wir es in den äuſsern Schichten des Gumma mit einer sehr lebhaften Bindegewebsreaktion zu tun; in der innern Schicht, die dem gummösen Schmelzungsprozeſs anheimfällt, finden sich auch neutrophile polynukleäre Leukocyten. Es handelt sich aber um keinen entzündlichen Vorgang, da weder Ödem noch fibrinöser Niederschlag vorhanden ist, noch auch Gefäſsthromben.

Alles von der ersten Form der Sporotrichosis Gesagte gilt auch von der zweiten, mit der einen Ausnahme, daſs es sich hier um viel gröſsere Gummata handelt; sie verhalten sich zu denen der ersten Form wie ein kalter Absceſs zu einem tuberkulösen Gumma; sie können bis zu 1/2 Liter eines fettigen, weiſslichen Eiters enthalten. Ihre Ursache ist das Sporotrichum Dori. Merkwürdig ist, daſs sich diese Form experimentell nicht mit dem ebengenannten Sporotrichum Dori, wohl aber mit dem Sporotrichum Schenki (bei Mäusen) wiedererzeugen lieſs. — In der einen mitgeteilten Beobachtung ging der Erkrankung eine leichte Verletzung des Pharynx vorauf, und die ersten Abscesse zeigten sich am Nacken und hinter dem Ohr. Über die Eingangspforte des Sporotrichum Beurmanni der ersten Form ist zurzeit noch nichts bekannt.

Etwas abweichend lautet die Beschreibung der dritten Form; sie weist groſse Ähnlichkeit mit der Lymphangitis tuberculosa auf. In den bisher veröffentlichten Fällen ging der Erkrankung immer ein Trauma des Fingers vorauf. In der Narbe („au point d'inoculation") entwickelte sich nach ein bis drei Monaten ein kleiner kalter Absceſs, der ein chronisches, erst nach Monaten verheilendes Geschwür hinterlieſs. An dieses erste Geschwür schlossen sich eine ganze Reihe kleiner, schnell zerfallender Knötchen an, die dem Verlauf des Lymphgefäſses entsprechend saſsen, aber von der erkrankten Extremität nicht auf den Stamm übersprangen. Diese Knötchen haben, abgesehen von ihrer Neigung zum raschen Ulcerieren, die nämlichen Eigenschaften wie die der ersten Form. Das Allgemeinbefinden bleibt auch hier ungestört. Es besteht eine Perilymphangitis mit oder ohne Schwellung der beteiligten Drüsen. Für diese Form schlagen die Verfasser die Bezeichnung: Sporotrichosis subcutanea systematisata lymphangitica, s. Lymphangitis sporotrichotica nodulosa gummosa vor.

Das Sporotrichum führt auf Pflanzen und einigen Tieren ein saprophytisches Dasein und wird vermutlich von hier aus auf den Menschen übertragen. Die Sporotrichose geht unter innerer Anwendung von Jodkalium immer in Heilung über.

Über die Acrodermatitis continua Hallopeau, von Germain Metschersky. Als Acrodermatitis continua hat Hallopeau im Jahre 1897 verschiedene Krankheitsbilder bezeichnet, bei denen die Ausschlagselemente auf den Händen und Füſsen lokalisiert bleiben, sich in immer wiederholten Anfällen erneuern und keiner Therapie weichen. Da es sich dabei nur um Pusteln oder Vesikeln handelt, so unterschied H. je nach deren Auftreten eine vesikulöse, eine pustulöse und eine Mischform. Audry dagegen hat auf Grund von zehn Fällen aus der Literatur der Krankheit ein etwas anderes Gepräge gegeben und sie „Phlycténose récidivante" genannt.

M. verteidigt in der vorliegenden Arbeit den H.schen Standpunkt. Er bringt eine eigene Beobachtung, die sich fast in allen Punkten mit dem von H. entworfenen Bilde deckt — pustulöse Form, Bestand seit acht Jahren — und bei der er eine Biopsie vornehmen konnte, so daſs zum ersten Male ein histologischer Befund am Lebenden vorliegt: Es handelt sich um eine oberflächliche Dermo-Epidermitis acuta mit Bildung von kleinen Phlyktänen innerhalb der Epidermis. Die Entzündung begrenzt sich immer nur auf einige benachbarte Papillen und das subpapilläre Gewebe; Gefäſserweiterung, Ödem und Diapedese sind die nächste Folge; die Epidermiszellen, durch ein seröses, leukocytenreiches Exsudat gelockert, fallen der Nekrose anheim und lösen sich im Exsudat auf. So entstehen im Rete Malpighii kleine Phlyktänen, die zu gröſsern zusammenflieſsen und die Epidermis hervorwölben. Diese Phlyktänen und das erkrankte Gewebe sind vollkommen steril, so daſs sich also irgendwelchen böswilligen Mikrobien die Schuld am Zustandekommen der Acrodermatitis continua nicht in die Schuhe schieben läſst; auch andere Entstehungsursachen sind noch nicht be-

kannt. Nosologisch ist die Krankheit sowohl mit der Impetigo herpetiformis Hebra wie mit der Dermatitis herpetiformis Duhring verwandt, so daſs die Acrodermatitis continua nach M. wohl kaum eine selbständige Stellung unter den Dermatosen beanspruchen kann. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies vénériennes.

Band II. Heft 1. Januar 1907.

I. **Über die Anwendung von grauem Öl bei der Syphilisbehandlung,** von Emery-Paris. In letzter Zeit wurden von den verschiedensten Seiten Fälle berichtet, bei denen nach dem Gebrauche von grauem Öl in Form der Injektionen bei Syphilis schwere Erscheinungen von Stomatitis usw. zur Beobachtung kamen, auch mehrere Todesfälle konnten leider konstatiert werden. Verfasser setzt nun in einer langen, interessanten Abhandlung auf Grund eigener Erfahrungen die Vorteile und Nachteile dieser Injektionen auseinander im Vergleiche mit anderen Syphiliskuren. Die Injektionen löslicher Salze sind wegen ihrer täglichen Anwendungsweise lästig, die Pillenkur ist schwach und unzuverlässig, die Schmierkur sehr unbequem, dagegen sind die Injektionen unlöslicher Salze, vor allem des grauen Öls, bequem und wirksam. Trotz der Gefahren ist E. überzeugt, daſs bei richtig angewandter Technik der Gebrauch sehr empfehlenswert ist, natürlich muſs die Dosierung eine besonders sorgfältige sein.

II. **Können die hereditär Syphilitischen Syphilis erwerben?** von Rostaine Paul-Paris. Die Frage, ob hereditär Syphilitische selbst Syphilis erwerben können, also immun gegen neue Injektion sind, ist nicht schlankweg zu verneinen, wie es schon Gaucher betonte. Man muſs unter den hereditär Syphilitischen verschiedene Kategorien unterscheiden, einerseits solche, welche selbst gesund sind, aber von syphilitischen Eltern stammen, solche, welche Zeichen hereditärer Syphilis mit auf die Welt bringen in sekundären oder tertiären Erscheinungen und solche, welche sogenannte parasyphilitische Eltern hatten. Die gesunden Kinder syphilitischer Eltern können ebensoleicht infiziert werden wie andere Menschen, ebenso sind die sogenannten quinternen und quaternen Heredosyphilitischen nicht immun gegen Syphilis, wie zahlreiche Fälle beweisen. Sehr selten sind hingegen die Fälle, wo hereditär Luetische mit sogenannten Tertiärerscheinungen infiziert werden, und veröffentlicht Verfasser die wenigen Fälle aus dem groſsen Material von Gaucher, im ganzen nur sechs Fälle. Die sekundäre hereditäre Syphilis unterscheidet sich in nichts von der erworbenen, höchstens in der Art der Infektion und im Fehlen des Primäraffektes. Fournier bezeichnet sie als Syphilis décapitéé. Die Eingangspforte liegt nicht in der Haut oder Schleimhaut, sondern im Placentarkreislauf. Es gibt keine Beobachtung von erworbener Syphilis bei den hereditär Luetischen, welche Sekundärerscheinungen haben. Diese sind also immun. Zuzugeben ist aber, daſs in den meisten Fällen bei einer Infektion hereditär Luetischer der Verlauf der Krankheit ein leichterer ist, daſs also eine relative Immunität vorhanden ist.

III. **Pharmacologie des Hydrargyrum benzoatum,** von Dermoulière-Paris. Unter den löslichen Quecksilberpräparaten erfreut sich zurzeit in Paris das Hydrargyrum benzoatum der gröſsten Beliebtheit wegen seiner guten therapeutischen Resultate. Verfasser gibt die Art einer geeigneten Bereitung des reinen Präparates an.

IV. **Ein Fall von begrenzter Nekrose des Oberkiefers im Anschluſs an Injektionen von grauem Öl,** von Gaucher-Paris. Ein Fall, welcher die Gefahren des grauen Öls veranschaulicht.

V. **Allgemeine und lokale Erscheinungen nach Injektionen von grauem Öl, Embolie (Grippe mercurielle),** von PAUL GASTON-Paris. Zwei weitere Fälle von der Gefahr des grauen Ols, wie aus der Überschrift zu ersehen.

VI. **Sieben Abscesse im Anschluſs an sieben Calomelinjektionen bei demselben Kranken,** von EMILE SERGENT. Nur kasuistisches Material.

Bernhard Schulze-Kiel.

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

b. *Cutis.*

Zur Frage der teleangiektatischen Granuloma, von H. BENNECKE-Marburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 32.) B. hat mehrere Fälle von sogenanntem „Botryomykom des Menschen", das namentlich in der französischen Literatur oft erwähnt wird, untersucht und ist gleich KÜTTNER zu dem Resultat gekommen, daſs die „Botryomykome des Menschen" nicht der Ausdruck einer Botryomycesinfektion sind, sondern Granulome darstellen, die sich durch den Reichtum an auffallend weiten Kapillaren auszeichnen; es erscheint für sie daher der Name „teleangiektatische Granulome" angezeigt. Aus seinen Befunden schlieſst B., daſs die teleangiektatischen Granulome weder zu den bösartigen noch zu den gutartigen Geschwülsten gehören, daſs sie vielmehr Granulationsgeschwülste bisher unbekannter Ätiologie sind, die sich von anderen gewöhnlichen Granulationsgeschwülsten durch ihren, auf der Gegenwart zahlreicher erweiterter Kapillaren beruhenden, besonderen histologischen Bau und ihre klinischen Eigentümlichkeiten auszeichnen. Sie haben mit der Botryomykose, die eine besonders beim Pferde bekannte, spezifische Erkrankung ist, nichts gemein. In Brasilien wurde von BASSEWITZ das Auftreten teleangiektatischer Granulome bei 12—15 auf einem einsamen Gehöfte zusammenwohnenden Personen beobachtet; damit ist wohl die infektiöse Natur der Krankheit erwiesen. *Götz-München.*

Über Sporotrichose, ein Fall von multiplen subcutanen Abszessen, von LOUIS DOR-Lyon. (*Presse méd.* 14. April 1906.) Es gibt einen klinischen Typus von multiplen subcutanen Abszessen, deren Entwicklung besonders gutartig erscheint und deren pathologischer Erreger ein Sporotrix ist, ein Pilz, welcher dem Streptotrix verwandt ist und der zur Familie der Trichomyceten gehört. Verfasser beobachtete einen interessanten Fall bei einem 58jährigen Manne, welcher drei Monate lang behandelt wurde und während dieser Zeit 23 Abscesse hatte. Dabei blieb das Allgemeinbefinden gut und die einzelnen Abscesse heilten leicht und schnell. Der Pilz lieſs sich in Reinkulturen, in Bouillon und Agar leicht züchten; er steht in seiner Klassifikation zwischen Streptotrix und Trichophyton, und wurde schon verschiedentlich auch von anderen Forschern gefunden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Erysipel. Nach Beobachtungen der medizinischen Klinik in Zürich, von SIEGFRIED STOCKER. (Inaug.-Dissert. Zürich 1904.) Erwähnung verdient die eingehende Besprechung der Komplikationen des Erysipels, die auf der Züricher Klinik zur Beobachtung kamen. Im Rahmen eines Referates kann darüber nichts gebracht werden. Eine groſse Kategorie ätiologischer Faktoren bilden Wunden. Unter den 550 Fällen, über die berichtet wird, sind die Ausgangspunkte des Erysipels gewesen:

1. Schürfwunden des Unterschenkels 6;
2. Verletzung des Kopfes 16;
3. beim Rasieren entstandene Schnittwunden 2;
4. Wunden der Wange, verursacht durch infizierende Instrumente 2;
5. Wunden der Stirne 2 und der Conjunctiva 2;
6. Kratzeffekte infolge Pulices 1;
7. Wunden an der Wade 2.

Eine Zusammenstellung der Fälle in bezug auf Alter und Konstitution ergibt:

	1—10 Jahre	10—20 Jahre	20—30 Jahre	30—40 Jahre	40—50 Jahre	50—60 Jahre	60—X Jahre
kräftig entwickelt ..	7	65	204	83	72	39	16
mittelmäfsig entwickelt	1	9	14	11	3	6	2
schlecht entwickelt ..	3	3	3	1	3	3	2
	11 = 2 %	77 = 14 %	221 = 40,18 %	95 = 17,27 %	78 = 8,72 %	48 = 8,72 %	20 = 3,63 %

Fritz Loeb-München.

Über Erysipelas im deutschen Heere (1882—1902), von Max Tollkühn. (Inaug.-Dissert. Berlin 1905.) Die Arbeit zeigt, dafs die medikamentöse Behandlung des Erysipel wenig erfreuliche Erfolge gezeitigt hat und dafs das Hauptgewicht auf eine streng durchgeführte Prophylaxe und auf die Isolierung der Erkrankten zu legen ist. *Fritz Loeb-München.*

Über Neuritis und Atrophie des Nervus opticus im Gefolge von Gesichtserysipel, von Emile-Pierre Fauveau. (*Thèse de Bordeaux.* 1903/4. Nr. 94.)

Fritz Loeb-München.

Über die Behandlung des Erysipels mit Jothion und Chinin, von Krzyszkowski. (*Tygodnik lekarski.* 1906. Nr. 32.) Verfasser wendete zuerst mit gutem Erfolge zur Behandlung des Erysipels die Jothioneinpinselungen allein, dann — nach Erscheinen günstiger Berichte Kaczvinszkys über die chinisatio continua — Jothion äufserlich und Chinin innerlich zugleich an. Das Chinin wurde viermal täglich in Dosen von 0,25 verabreicht, das Jothion in alkoholischer Lösung leicht in die erkrankten Stellen und deren Umgebung einmal täglich eingepinselt. Verfasser hat bis jetzt Gelegenheit gehabt, das Verfahren in 15 Fällen anzuwenden. Immer konnte er nach ein-, zwei- bis dreimaligen Jothioneinpinselung bei gleichzeitiger Chinindarreichung bedeutende Besserung und Aufhören des Weiterschreitens des Erysipels konstatieren. Zur ersten Jothioneinpinselung wählte Verfasser eine $^1/_4$%ige Jothionlösung, zu den folgenden eine $^1/_8$%ige (Jothioni 25,0—12,5, Glycerini 5,0, Alcoholi 100,0).

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Elephantiasis, elephantiastische Zustände und Pseudo-Elephantiasis der Augenlider, von Frugiuele. (*Giorn. internaz. delle scienze med.* 1906. Nr. 6—8.) Nachdem der Verfasser sich in eine ausführliche Einteilung dieser verschiedenen Formen von Hautveränderungen eingelassen, kommt er zum Schlusse, dafs man für die Augenlider dieselbe Einteilung und Klassifikation anzuwenden habe, wie sie die

modernen Dermatologen für die Elephantiasis überhaupt aufgestellt haben. Die Elephantiasis der Lider soll in ihre wahren Schranken eingeschränkt werden. Alle Fälle von spontaner, erworbener Elephantiasis müssen eliminiert und als Pseudo-Elephantiasis betrachtet werden. Letztere müssen in erworbene und angeborene eingeteilt werden; sie haben mit der Elephantiasis nur den äufseren Schein gemein. Es ist nunmehr an der Zeit, jeder einzelnen Form die richtige Bezeichnung zu geben.

C. Müller-Genf.

Beiträge zur Kenntnis des Erythema induratum (Bazin), von Alfred Kraus-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 40—41.) K. hatte Gelegenheit, vier Fälle von Erythema induratum Bazin zu beobachten und teilt die Krankengeschichten ausführlich mit. Sämtliche vier Fälle betrafen Frauen im Alter von 15, 17, 26 und 40 Jahren. In einem Fall wurde die Intensität der Erkrankung durch eine hinzutretende Gravidität erheblich gesteigert, während nach Ablauf derselben ein auffallender Rückgang sich zeigte. Angaben über tuberkulöse Erkrankungen in der Familie waren in keinem, tuberkulöse resp. skrophulöse Prozesse nur in einem Falle vorhanden. In keinem der Fälle traf während des Krankheitsverlaufs Zerfall oder Ulceration der Knoten auf, sondern die Knoten persistierten, ohne weitere Umbildungen einzugehen, bis zu ihrer Rückbildung durch spontane Resorption. In allen Fällen wurde eine Tuberkulin(vetus)-Injektion Koch in einer Dosis von 3—5 mg vorgenommen, ohne dafs auch nur in einem Fall eine lokale Reaktion an einem der Erythemknoten aufgetreten wäre. Die histologische Untersuchung der vorzugsweise an den unteren Extremitäten lokalisierten und auch hier exzidierten Knoten ergab übereinstimmend, dafs es sich um eine entzündliche Affektion handelte, die ihren Sitz und Ausgangspunkt vorwiegend im Fettgewebe hatte. Diese entzündlichen Veränderungen hatten weder einen besonderen, spezifischen Charakter, noch fanden sich wahre Tuberkel, echte Verkäsung oder Tuberkelbazillen. Aber im Fettgewebe, das bald diffus von frischem, bald von in Granulationsgewebe übergehendem Infiltrat eingenommen war, das ferner verschieden grofse und zahlreiche, von epitheloid geformten Zellen bekleidete, manchmal schon makroskopisch wahrnehmbare Hohlräume, kurz sämtliche Erscheinungen der entzündlichen Wucheratrophie zeigte, fanden sich stellenweise Veränderungen, die ungemein an das histologische Bild der Tuberkulose erinnerten, bei genauerer Untersuchung sich aber als nicht zu diesem Prozefs gehörig erwiesen. Diese Vortäuschung eines tuberkulösen Prozesses kommt dadurch zustande, dafs es bei Entzündungsprozessen jeder Art im Fettgewebe zu einer Wucherung des Plasmarestes der Fettzellen mit Bildung von Epitheloid- und Riesenzellen einerseits, andererseits aber sogar zur Nekrose kommen kann. Dadurch entstehen jene tuberkelähnlichen Bildungen, welche der Auffassung des Erythema induratum als einer tuberkulösen Erkrankung Vorschub geleistet haben. Verfasser glaubt auf Grund seiner Untersuchungen, dafs das Erythema induratum weder klinisch noch histologisch ein begrenztes Krankheitsbild, sondern ein Sammelbegriff für verschiedene Arten von Veränderungen ist.

Putzler-Danzig.

Über Herzkomplikationen bei Erysipel und über Erysipel bei Herzkranken, von Paul Nourry. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 149.) Erysipel führt selten zu Herzkomplikationen, die meist in Endo- und Pericarditis bestehen. Der Streptococcus, der in fast allen letal verlaufenen Fällen nachgewiesen werden konnte, ist der ätiologische Faktor.

Fritz Loeb-München.

Über aktive Immunität gegen Rhinosklerom- und Pneumobazillen, von Franz Erben-Prag. (*Centralbl. f. Bakteriol. usw.* Bd. XLI. Heft 3.) Durch intraperitoneale Injektion von Sklerombazillen, deren Virulenz durch Tierpassage so gesteigert wurde, dafs ³/₄ Öse ein Meerschweinchen von 250 g in 20—24 Stunden tötet, wird

ein dickliches Exsudat gewonnen, das sehr reich an Kapselbazillen ist, nur spärlich Leukocyten enthält, welche nur ausnahmsweise Phagocytose zeigen und das nur schwer zu zentrifugieren ist. Durch Injektion von Exsudat, das sterilisiert wurde mit einer subletalen Dosis von Bazillen, wird das Tier getötet, während das Kontrolltier erkrankt, aber am Leben bleibt. Bei letalen Dosen wird durch Zusatz von Exsudat die Infektion ungleich schwerer. Diese Differenzen entstehen auch, wenn einerseits Exsudat aus dem Tier, andererseits Aufschwemmung von Kulturbazillen injiziert werden; auch haben vielfache Versuche ergeben, daſs Exsudatbazillen viel virulenter waren als Kulturbazillen. Die gleichen Differenzen zeigen die Pneumobazillen, wobei sich dieselben mit den Sklerombazillen-Exsudaten in ihrer Wirkung vertreten können. Diese Exsudate verleihen aber auch den behandelten Tieren Schutz gegen Infektion, ohne selbst eine nennenswerte Giftwirkung zu zeigen, wie eine gröſsere Anzahl von Versuchen ergeben hat. Zur Erlangung einer aktiven Immunität gegenüber letalen Dosen von Rhinosklerombazillen genügte eine einmalige Injektion von 2 ccm Exsudat. Bei Versuchen mit Infektion durch Exsudat und Exsudatbazillen versagte die Schutzwirkung jedoch vollständig. Die Immunität ist ferner keine spezifische, da ein sklerombazillenimmunes Tier, welches mit Pneumobazillen infiziert wurde, die Infektion gut überstand. Mit sterilen Pneumobazillen immunisierte Tiere sind gegen Pneumobazillen in tödlicher Dosis, ebenso auch gegen Rhinosklerombazillen immun, wenn auch die Immunität durch Pneumobazillenagressin nicht so sicher zu erzeugen ist wie mit Sklerombazillenaggressin. Aber es versagt hier der Schutz gegen Infektion auch nur kleiner Mengen frischen Exsudats. Es ist nicht so sehr die Menge des Aggressins, welche den Schutz illusorisch macht, sondern es muſs die eigentümliche Beschaffenheit der tierischen Bazillen sein, gegen welche die Immunität nicht Stand hält. Dabei werden merkwürdigerweise Leukocyten in groſser Menge angelockt, ein Moment, das gewöhnlich infektionsmildernd wirkt und den Tod hinausschiebt. Das Immunserum ruft keine Agglutination weder der Rhinosklerom- noch der Pneumobazillen hervor, auch zeigen die immunen Tiere keine Bakteriolyse. Beide Bazillenstämme zeigten kulturell alle typischen Eigenschaften, wie sie Wilde für diese Typen des „Bacillus mucosus capsulatus“ fordert, nur war der Sklerombacillus breiter und länger, der Friedländers schmäler und kürzer, dabei oval. Es gelang also dem Verfasser, in beiderlei Exsudaten infektionsbefördernde Wirkung ohne erhebliche Toxizität nachzuweisen und durch Injektion derselben eine nicht bakterizide Immunität zu erzeugen. Zweitens wurde nachgewiesen, daſs die infektionsbefördernde Wirkung dieser Exsudate auch wechselseitig vorhanden ist, diese beiden Bakterientypen also im gleichen Verhältnis stehen wie etwa Coli- und Typhusbazillen. Drittens konnte der Nachweis erbracht werden, daſs sich in mit solchen Exsudaten behandelten Tieren Schutzstoffe bildeten, wodurch solche Tiere nicht nur selbst immun wurden, sondern die Immunität auch wechselseitig eintrat. *Putzler-Danzig.*

Über den Lichen ruber planus mit besonderer Lokalisation an den Schleimhäuten und Handtellern, von Ewald Strube. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1906.) Es scheint keine Schleimhautpartie zu geben, welche von der Affektion des Lichen ruber planus verschont bleibt. Ein vom Verfasser ausführlich mitgeteilter Fall aus der Max Josephschen Poliklinik in Berlin ist wegen der enormen Ausbreitung der Affektion von besonderem Interesse. Es handelt sich um einen 28½jährigen Mann. Der gröſste Teil des Rumpfes sowie die angrenzenden Teile der oberen und unteren Extremitäten sind mit nach Tausenden zählenden Knötchen bedeckt. Die meisten isoliert, selten Verschmelzung zu Plaques. Während das Gesicht und der Hals frei sind, finden sich Lichenknötchen besonders stark ausgebildet an den Unterschenkeln, am Penis und Skrotum. An letzteren sind die Knötchen zu vollkommen weiſsen

Platten vereinigt und erhaben. An den Unterschenkeln sind sie so stark erhaben, dafs Verfasser von Warzenbildung spricht. Schwielige, stark juckende Verdickungen an den Fufssohlen. Besonders interessant ist, dafs Mund- und Kehlkopfschleimhaut affiziert sind. Über einen grofsen Teil des weichen Gaumens, der Wangenschleimhäute sind die Lichenknötchen verbreitet. Auf dem weichen Gaumen und der Unterlippe Plaquesform. Nirgends Erosion, Ulceration; keine Beschwerden. Die Zungenränder sind wie weifs angestrichen, deutlich sich von der Zungenmitte abhebend. Knötchen auch auf der Uvula. Tonsillen, hintere Pharynxwand und Nasenrachenraum sind frei, ebenso die Nase. Epiglottis befallen. Vor dem rechten Aryknorpel und über seiner Spitze ganz kleine rote Knötchen. Larynxinneres und linke Larynxhälfte frei. — Auch die Schleimhaut der Harnröhre zeigt sich bei endoskopischer Untersuchung lichinös erkrankt. Die Diagnose fand Bestätigung durch den Erfolg einer Arsenbehandlung.

Besonders wichtig ist die Kenntnis des Lichen ruber planus mucosae deshalb, weil er häufig als Initialsymptom der Erkrankung auftritt und weil er häufig lange Zeit oder definitiv die einzige Manifestation des Leidens bilden kann. Beim Fehlen der Knötchen und der strickwerkähnlichen Bildungen ist die Differentialdiagnose gegen beginnende Leukoplakia buccalis schwierig. Die Diagnose gegenüber Pemphigus mucosae ist leichter. Verwechslungen mit Lupus erythematodes sind möglich.

Die Prognose des Lichen ruber planus ist eine günstige, zumal das Arsen ein fast spezifisches Mittel ist, das auch im vorliegenden Fall zu völliger Heilung führte.

Zum Schlufs berichtet Verfasser noch über zwei Fälle mit der seltenen Lokalisation an den Handtellern. *Fritz Loeb-München.*

Lichen ruber der Mundschleimhaut ohne Beteiligung der äufseren Haut, von Ledermann-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 29.) Ledermann stellt in der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 4. Juli 1906 zwei Fälle von Lichen ruber planus vor, bei welchen die Affektion ausschliefslich in der Mundschleimhaut lokalisiert ist, während die Körperhaut frei ist.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Jodbehandlung des Lichen ruber, von Hans Rudolf Gieseler. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1906.) Bei vorhandener Arsen-Idiosynkrasie dürfte die Jodkaliummedikation auf das Dringendste zu empfehlen sein. Wünschenswert wäre ein Versuch mit dieser Medikation in Fällen von Lichen ruber acuminatus.

Fritz Loeb-München.

Zur Lehre der Acrodermatitis continua Hallopeau, von Metscherski. (*Medicinskoje Obosrenje.* 1906. Nr. 16.) Nach Besprechung der Arbeiten von Hallopeau, Audry und Hammann über die Acrodermatitis continua beschreibt Verfasser einen diesbezüglichen Fall, welcher von ihm am 24. Februar 1906 (cf. *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* 1906. Bd. 42. S. 413) in der Moskauer venerologisch-dermatologischen Gesellschaft vorgestellt wurde. Es handelt sich um die Beobachtung eines, wie Verfasser sagt, typischen Falles der pustulösen Form der Acrodermatitis Hallopeau, welcher ausgezeichnet war durch die symmetrische Anordnung kleiner Phlyctaenen auf den Händen, besonders den Handflächen bei gleichzeitiger Veränderung der Nägel, wobei das Allgemeinbefinden nicht alteriert wurde. Als Besonderheit seines Falles führt Verfasser an, dafs den Phlyctaenen ein Erythem mit Schilferung der Hornschicht vorausging. Histologisch bezeichnet Verfasser das Leiden als eine akute, herdförmige, oberflächliche Entzündung der Epidermis, welche von kleinen, konfluierenden Phlyctaenen in der Dicke der Epidermis begleitet wird. Einen selbständigen Charakter vermag Verfasser dem Leiden nicht zuzusprechen und rechnet es zur Gruppe der Impetigo herpetiformis Hebra und Dermatitis Duhring. Wenn man mit den Deutschen

und Franzosen diese beiden Krankheiten voneinander trennt, so mufs man die vesikulöse und vesico-pustulöse Form der HALLOPEAUschen Acrodermatitis zur Dermatitis herpetiformis rechnen und die pustulöse Form als Anfangsstadium der Impetigo HEBRA ansprechen. Wenn man aber die beiden erwähnten Krankheiten mit den Engländern und Amerikanern nur als morphologische Variationen ein und desselben Prozesses ansieht, so mufs man dazu auch noch die Acrodermatitis continua HALLOPEAU zählen.

Arth. Jordan-Moskau.

Noma, behandelt mit Formaminttabletten, von BOETTICHER-Neu-Ruppin. (*Ther. d. Gegenw.* Nov. 1906.) Verfasser berichtet über einen typischen Nomafall, in dem mit Erfolg Formaminttabletten drei Wochen lang gut genommen und vorzüglich vertragen wurden. Der Urin hatte nie Spuren von Eiweifs gezeigt. Es erfolgte Heilung, wahrscheinlich durch den günstigen Einflufs des Formamint wegen seiner bakteriziden Eigenschaften. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Äther- und Chloräthyl-Spray bei der Behandlung der Pustula maligna und dem Lupus, von V. GATTONE. (*Riv. intern. di Terapia fisica.* 1906. Nr. 9.) Zerstäubungen von Äther oder Äthylchlorid sollen ausgezeichnet wirken bei noch nicht sehr vorgeschrittenen Graden von Pustula maligna sowie auch beim Lupus. Selbst dann, wenn der Prozefs schon weiter vorgerückt ist, vermag diese Methode noch gute Dienste zu leisten, nur mufs sie dann mit Inzisionen resp. (für den Lupus) mit Auskratzungen verbunden werden. *C. Müller-Genf.*

Die Behandlung bei äufserem Milzbrand in der Königl. chirurgischen Universitäts-Klinik zu Berlin (v. BERGMANN), von KARL LENGFELLNER. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1906.) Verfasser gibt eine Übersicht über die bisherige Therapie des Milzbrandes. Er verwirft die blutige Behandlung und zeigt, dafs durch Ruhigstellung und Salbenverbände vorzügliche Resultate erzielt werden: 100% Heilung.

Fritz Loeb-München.

Ein Fall von primärem interstitiellem Anthrax beim Menschen; Septikämie; hämorrhagische Septomeningitis, von J. H. TEACHER-Glasgow. (*Lancet.* 12. Mai 1906.) Ein 36jähriger Arbeitsmann erkrankte ganz plötzlich mit Kopfweh, Schwindel und grofser Unruhe und starb binnen 24 Stunden, ehe eine bestimmte Diagnose gestellt werden konnte. Bei der Autopsie hatte man zunächst den Eindruck einer Septikämie; als aber die Meningealflüssigkeit auf Anthrax hin untersucht wurde, entdeckte man Bazillen in grofser Anzahl sowohl in dieser wie auch in anderen Teilen. Die Infektion war nachweislich vom Gastro-Intestinalkanal ausgegangen. Die eigentliche Quelle, aus der das Virus stammte, konnte nicht festgestellt werden. Die anatomischen Verhältnisse sind im Original genau mitgeteilt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Das Milzbrandödem der Augenlider. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 38.) Kurze Beschreibung des Milzbrandödems und seiner Differentialdiagnose. Die Behauptung, dafs beim Milzbrandödem niemals Drüsenveränderungen oder Schmerzen vorkommen, steht im Gegensatz zu den Beobachtungen anderer Autoren. Zur lokalen Behandlung werden empfohlen energische, tiefgreifende Kauterisierung, Injektionen von Jodtinktur oder Jodlösung und heifse, häufig zu erneuernde Umschläge. *Götz-München.*

Aspergillomykose des Fufses, von P. BOVO. (*Il Policlinico.* 1906. Nr. 3.) Der Fall betrifft einen 75jährigen Mann, bei dem am inneren Rande des rechten Fufses, scheinbar ohne Ursache, ein kleiner, schwarzer Tumor auftrat, der nach und nach ulcerierte und zur Entstehung weiterer ähnlicher Tumoren in der Nachbarschaft Veranlassung gab. Mit dem Madurafufs scheint die Affektion nur entfernte Ähnlichkeit zu haben, indem die Gewebe in der Umgebung der Tumoren keine Veränderungen zeigten, das Bindegewebe nicht hypertrophiert und keine Anschwellung des Fufses zu

konstatieren war, auch keine Atrophie der Muskeln der befallenen Extremität. Keine Konfluenz, Verflüssigung oder spontane Ulceration der Knötchen; keine Degenerationserscheinungen oder entzündliche Reaktion der perinodulären Gewebe. Die Pilzkolonien sind eingekapselt und außerhalb dieser Kapseln sind keine Gefäßneubildungen sichtbar. Spontane Heilung des Prozesses an manchen Stellen. Nach dreijährigem Bestehen der Läsion war es noch nicht zum Auftreten von allgemeinen Läsionen gekommen. Die Pilzelemente enthielten ein schwarzes Pigment. Hierauf gestützt, glaubt Verfasser, daß der Pilz der Aspergillus fumigatus war.

C. Müller-Genf.

Notiz über das Vorkommen von Spirochäten bei Framboesia und Granuloma pudendi, von A. Mac Lennan - Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 20. Okt. 1906.) Verfasser hat verschiedene aus Westindien stammende Strichpräparate von Framboesia mit Giemsas Lösung und Gentianaviolett gefärbt und dabei Spirochäten gefunden, welche der Spirochaeta pallida ähnlich waren, sich aber weniger gut färbten als diese. Bei einigen von Granuloma pudendi stammenden Präparaten fand er einige sehr lange, sich schlecht färbende Spirochäten, welche der Refringens ähnlich waren.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Blastomykosis: die Resultate von Reinkultur und Impfversuchen, von John T. Bowen und S. B. Wolbach. (*Journ. of medical research.* Vol. XV. Nr. 1. Juli 1906.) Bei dem Patienten, einem 32jährigen Italiener, fand sich am linken Vorderarme, gerade über dem Condylus internus, eine ovale ($6^1/_2 : 4^1/_2$ cm große), warzenähnliche Erhebung, umgeben von einer dunkelroten, glatten, leicht erhabenen, etwa $^3/_4$ cm breiten Zone; nahe dieser Geschwulst, aus welcher auf Druck Tropfen einer serös-eitrigen Flüssigkeit herauskommen, befindet sich eine zweite, ähnliche von runder Form, aus rotbraunen Excrescenzen bestehend. Die Affektion glich einerseits in hohem Grade der Tuberculosis verrucosa, andererseits waren der mehr eitrige Charakter und, als die Heilung nach ausgeführter Kürettage rasch vorwärts schritt, die Hautabscesse in hohem Grade beweisend für Blastomykosis. In verschiedenen exzidierten Stücken wurden auch ohne Schwierigkeit die Blastomyceten, und zwar in mäßiger Anzahl gefunden. Auch das mikroskopische Bild stimmt mit dem von den Autoren angegebenen überein, indem sich als Hauptcharakteristika Hyperplasie der Epidermis, Vorhandensein kleiner, von Epithel umgebener Abscesse und chronische entzündliche Veränderungen im Corium zeigten. Die Reinkulturen der Blastomyceten gelangen leicht bei Zimmertemperatur auf allen gewöhnlichen Nährmedien, die Impfversuche besonders gut auf weißen Mäusen, aber auch auf Kaninchen und Meerschweinchen; bei ersteren bot die ausgedehnte metastatische Erkrankung ein ganz charakteristisches Bild, es wurden hier in den Knötchen meist ein- und vielkernige Zellen, welche die Mikroorganismen in großer Zahl einschlossen, gefunden. Verfasser halten es im Gegensatz zu Unna, welcher die beschriebenen Mikroorganismen nur als die Produkte degenerierten, elastischen Gewebes, und zu Krause, welcher sie als zufällige, von der Luft stammende Verunreinigungen, die mit dem Leiden keinen ätiologischen Zusammenhang hätten, erklärt, für erwiesen, daß es eine spezielle Form von Hautblastomykosis gibt, wie sie hauptsächlich von amerikanischen Dermatologen (Gilchrist, Hyde und Montgomery, Ricketts) aufgestellt wurde. Mit zwei Tafeln, die Reinkulturen und mikroskopisch-histologischen Befund demonstrierend.

Stern-München.

Zwei Fälle von generalisierter Blastomykose, von C. Christensen-La Crosse und Ludwig Hectoen-Chicago. (*Journ. americ. med. assoc.* 28. Juli 1906.) Der eine Fall betraf einen 28jährigen Mann, in dem anderen handelt es sich um einen 58jährigen Farmer. Im Eiter beider Fälle fanden sich reichlich Blastomyceten. Thera-

peutisch wurde zum Teil chirurgische Behandlung vorgenommen, dann Jodkalium bis zu 6 g täglich gegeben und Blastomycetenvaccine injiziert, welche aus Kulturen der Blastomyceten von den Patienten gewonnen wurde. Die Wirkung der Injektionen konnte nicht genügend lange beobachtet werden, da die Patienten sich der Behandlung entzogen. *Schourp-Danzig.*

Hautblastomykose beim Menschen, von A. Primrose - Toronto. (*Edinburgh med. Journ.* Sept. 1906.) Bericht eines Falles, der einen 28jährigen Mann betraf. Die Geschwülste safsen auf der Wange, in der Nähe des unteren Augenlides, auf der Oberlippe, auf Schultern und Nacken. Ein Teil der Geschwülste wurde chirurgisch entfernt; auf grofse Jodkaliumdosen traten die Veränderungen zurück. Die histologische Untersuchung ergab Hyperplasie des Epithels, zwischen den Epithelzellen viele Leukocyten, Verbreiterung der Papillarschicht, die mit polymorphen Leukocyten infiltriert war; in den Knötchen fanden sich zwischen den Leukocyten Blastomyceten. *Schourp-Danzig.*

Mycetoma (Madura Foot) im Yemengebiet, von F. G. Clemow-Konstantinopel. (*Brit. med. Journ.* 21. April 1906.) Das Gebiet Yemen bildet einen ziemlich ausgedehnten Teil des arabischen Küstenstriches am Roten Meer. Verfasser hat aus den Berichten aus dem Hospital zu Camaran dortselbst festgestellt, dafs Mycetoma sowohl in der schwarzen wie in der gelben Abart jedenfalls nicht ganz selten auftritt. Er berichtet über zwölf deutlich entwickelte Fälle, von denen er zwei selbst zu beobachten Gelegenheit hatte. Die meisten waren schon alten Datums. Unter den zwölf Fällen waren zehn Männer und nur zwei weibliche Patienten. Offenbar entschliefsen sich die Männer eher, ein Hospital aufzusuchen. Die chirurgische Entfernung des ergriffenen Teiles scheint die einzige mögliche Behandlung zu sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Mycetoma (Madurafufs) im Yemengebiet, von W. S. Patton-Madras. (*Brit. med. Journ.* 6. Juni 1906.) Verfasser hat gelegentlich in Sheik-Othaman, in der Nähe von Aden einen Fufs wegen Mycetoma (schwarze Abart) amputiert; der Patient stammte von der Ostküste Arabiens. Von einem Kollegen hörte P., dafs die Affektion in Sheik öfters konstatiert werde. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die neoplastische Aktinomykose der Bauchwand, von Léon Maratuech. (*Thèse de Lyon.* 1904. Nr. 109.) *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Aktinomykose der Wange; Heilung durch Jodkalium, von R. Knox-London. (*Lancet.* 3. Nov. 1906.) Ein Mädchen von 7½ Jahren mit defekten Zähnen kam mit einer seit etwa einem Monat beobachteten, wallnufsgrofsen Anschwellung der Wange zur Aufnahme. Verfasser inzidierte an einer Stelle, wo ein Durchbruch der Haut drohte und fand die typischen Mycelien. Jodkalium wurde in Gaben bis zu 2,7 g pro die gegeben. Bei der letzten Vorstellung, zehn Monate nach Beginn der Behandlung, war das Kind völlig gesund. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Noch ein Fall von Aktinomykose, von R. Knox. (*Lancet.* 10. Nov. 1906.) Derselbe betraf einen 22jährigen Mann und bot die üblichen Erscheinungen dar. Patient gab an, dafs er die Gewohnheit hatte, wenn er sich auf dem Lande aufhielt, während der heifsen Sommertage Halme von Getreide und Gras sich in den Mund zu stecken und zu kauen. Bei den drei anderen Fällen K.s wurde dies in Abrede gestellt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Aktinomykose der Thoraxwand, von Adolphe Henri Mancino. (*Thèse de Montpellier.* 1906.) *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Mykosis fungoides und dessen erfolgreiche Behandlung mittels Röntgenstrahlen, von G. G. Stopford Taylor-Liverpool. (*Lancet.* 24. März 1906.) Es handelte sich um einen 47jährigen Mann, bei dem zwei Jahre vor der

Aufnahme einige Tumoren am Rumpfe aufgetreten waren. Dieselben vergingen spontan, kehrten aber in gröfserer Anzahl wieder und erreichten die Gröfse von Enteneiern. Die histologische Untersuchung eines exzidierten Knötchens ergab die bei Mykosis fungoides zu findenden Verhältnisse. Nach drei Bestrahlungen war schon Besserung erkennbar, und nach 15 (in einem Zeitraum von sieben bis acht Wochen) konnte die Affektion als beseitigt betrachtet werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

In der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden (Sitzung vom 24. März 1906. Nach *Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 31) berichtete Werther ausführlich über **zwei Fälle von Mykosis fungoides**. In dem einen Falle war das Gesicht von einem unförmigen, durch Konfluenz mehrerer Tumoren entstandenen Gebilde in der abscheulichsten Weise entstellt; hier ergab die Behandlung mit Röntgenstrahlen ein überraschend gutes Resultat. Sechs Bestrahlungen von je zehn Minuten Dauer mit mittelweichen Röhren, die den Tumoren soviel wie möglich genähert wurden, brachten die Geschwülste vollständig zum Verschwinden, und auch die in den nächsten Monaten aufgetretenen kleinen Rezidive heilten unter der Wirkung der Röntgenstrahlen ab. Im zweiten Falle waren die Tumoren von anderer Seite als Sarkome angesprochen und exzidiert worden; die vorhandenen Infiltrate wurden durch 17 Bestrahlungen von je 20 Minuten Dauer beseitigt. Beide Kranke erhielten auch Arseneinspritzungen, das Auftreten von Rezidiven wurde dadurch jedoch nicht verhütet; der Nutzen der Arsentherapie erscheint W. daher als recht zweifelhaft. Mehrfach wurde beobachtet, dafs die Krankheitsherde auf die Arseninjektionen mit Bildung eines entzündlichen, zum Teil hämorrhagischen Randes reagierten; solche Reaktionen sind bei verschiedenen Hautkrankheiten schon konstatiert worden, bei Mykosis fungoides aber noch nicht. Gleich vielen anderen Autoren rechnet W. den Ergebnissen seiner histologischen Untersuchungen zufolge die Mykosis fungoides zu den infektiösen Granulationsgeschwülsten. *Götz-München.*

Die Bakterienflora des Tropengeschwürs, von M. Boucher. (*Presse méd.* 1906. Nr. 68.) Autor referiert über die Resultate des Instituts Pasteur auf Tananariva, die durch eingehende kulturelle Untersuchungen der Hautgeschwüre der heifsen Länder gewonnen wurden. Neben den gewöhnlichen Eiterbakterien wurden noch drei spezifische Arten gefunden, die mit keinem der bekannten Spezies identisch sind. Sie wurden Bacillus rabesus, Bacillus Fotsy und Bacillus Razaki genannt. Näheres ist im Original nachzulesen. *Carl Schramm-Dortmund.*

Ein Fall von Ainhum, von D. M. Alexander und R. Donaldson - Liverpool. (*Lancet.* 29. Sept. 1906.) Der Patient war ein 44jähriger Seemann und stammte aus Port Antonio auf Jamaika. Die Affektion, welche in typischer Weise die haarscharfe Abschnürung des Endgliedes der kleinen Zehe mit Hypertrophie des distalen Teiles und dadurch bedingte Schmerzen beim Gehen zeigte, scheint vor etwa 20 Jahren begonnen zu haben. Eine bestimmte Entstehungsursache konnte nicht ermittelt werden, aufser etwa, dafs Patient bis zu seinem 14. Jahre, als er das Seeleben anfing, barfufs zu gehen pflegte. Die Behandlung bestand in der Abtragung des ergriffenen Teiles. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Therapie des Favus des behaarten Kopfteiles, von L. L. Einis-Ekatherinoslaw. (*Med. Woche.* 1906. Nr. 43.) Verfasser empfiehlt zur Favusbehandlung an Stelle der schmerzhaften Epilation das Jod in Salbenform (4,0 metallisches Jod, 30,0 Gänseschmalz). Die Salbe wurde auf alte Leinwand gleichmäfsig gestrichen und einzeln auf jede Borke gelegt und befestigt. Zweimal täglich erfolgte Verbandswechsel. Stellte sich Reizung ein, so wurde ein bis zwei Tage ausgesetzt und dann 25%ige Ichthyolsalbe benutzt. Abends wurde der Kopf dann mit warmem Wasser und grüner Seife gewaschen. Nach drei Wochen waren die Stellen rot und haarlos. Verfasser

behandelte so mehrere Fälle und war mit dem Erfolg sehr zufrieden, da keine Rezidive kamen. Der Hauptwert der Methode liegt in der Möglichkeit, ohne die zeitraubende und unangenehme Epilationsprozedur auszukommen und vollständige Genesung nebst Wiederherstellung des normalen Haarwuchses zu erreichen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Progressive Ernährungsstörungen.

a. *Maligne.*

Über die Wirkung der löslichen Produkte der Blastomyceten in ihren Beziehungen zur Ätiologie der malignen Tumoren, von Sanfelice. (*Rif. med.* 1906. Nr. 28.) Der Verfasser hat Hunden und Katzen derartige Produkte ins Peritoneum injiziert und dadurch in den Lymphdrüsen und verschiedenen Organen Metastasen von Tumoren erzeugt, nachdem sich ein solcher an der Injektionsstelle gebildet hatte. Bei der Bildung von Tumoren verhalten sich die Blastomyceten wie die Schizomyceten, d. h. sie bilden sowohl in den Kulturböden als im Organismus Substanzen, welche die Zellen zur Proliferation anreizen, die die Bildung wahrer Neubildungen zur Folge hat. *C. Müller-Genf.*

Die experimentelle Erzeugung atypischer Epithelwucherungen und die Entstehung bösartiger Geschwülste, von Bernhard Fischer-Bonn. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 42.) Die bei Carcinomen, besonders bei kleinen Hautkrebsen, sehr häufige subepitheliale entzündliche Bindegewebsinfiltration, auf die Ribbert bezüglich der Krebsgenese so grofses Gewicht gelegt hat, brachten F. zu dem Gedanken, dafs möglicherweise experimentell durch Erzeugung chronisch-entzündlicher Prozesse im Papillarkörper die organischen Beziehungen zwischen Bindegewebe und Epithel so wesentlich verändert werden können, dafs eine Epithelwucherung ausgelöst würde. Zahlreiche Versuche, dieses Ziel durch Implantation von Fremdkörpern in Knorpellücken des Kaninchenohres oder durch subcutane Injektion flüssiger Stoffe, insbesondere reiner Öle, zu erreichen, schlugen fehl; als dagegen Scharlachöl, das ist Olivenöl, in dem der Fettfarbstoff Scharlach-R. bis zur Sättigung gelöst worden war, in das Kaninchenohr eingespritzt wurde, zeigten sich neben entzündlichen Erscheinungen ganz unregelmäfsige, in die Tiefe dringende, die Öltropfen umwachsende Epithelwucherungen, die durchaus dem Plattenepithelkrebs des Menschen glichen. Die Entstehung dieser Wucherungen ist nur so zu erklären, dafs das Scharlachöl auf das Epithel eine starke chemotaktische Wirkung ausübt; das Epithel folgt dem Zuge und wächst durch das entzündlich gelockerte Bindegewebe hindurch zu dem Scharlachöl hin. Hat es die Öltropfen umwachsen, dann verschwinden diese langsam aus den Epithelcystchen, sie werden offenbar von dem Epithel selbst verarbeitet; der Epithelhaufen aber beginnt, sobald ihn kein Scharlachöl mehr vom Bindegewebe aus zu weiterer Wucherung veranlafst, stark zu verhornen, und es entstehen zuletzt Cholesteatomähnliche Bildungen, die wieder nach aufsen durchbrechen und einen Teil ihres Inhalts entleeren können. Trotz aller histologischen Ähnlichkeiten handelte es sich also nicht um Carcinome, denn es lag weder ein destruierendes noch ein unbegrenztes Wachstum vor. Andere Epithelien als die der Haut wurden — vielleicht mit Ausnahme des Alveolarepithels der Lunge — beim Kaninchen durch Scharlachöl nicht zur atypischen Wucherung gebracht.

Die Beobachtungen F.s beweisen, dafs es Stoffe gibt — F. nennt sie „Attraxine“ —, die eine spezifische, starke chemotaktische Wirkung auf eine bestimmte Epithelart ausüben und dieses Epithel dadurch zu raschem atypischem Wachstum veranlassen;

die Versuche zeigen ferner, daſs die Verlagerung des Epithels, die Lösung aus dem organischen Verbande, wenn sie auch die Grundlage jeder Geschwulstbildung ist, doch nicht genügt, um schrankenloses Wachstum auszulösen. Die Ergebnisse der Experimente weisen endlich auch auf eine neue Auffassung der Entstehung und des Wachstums bösartiger Geschwülste hin. Sie lassen es möglich erscheinen, daſs eine embryonale oder postembryonale Ansammlung von „Attraxinen“ im Gewebe, vielleicht auch eine pathologischerweise von auſsen in den Organismus gelangte Substanz von Zellverlagerung, eine Epithelabschnürung bewirkt. Wenn dann im Organismus dauernd „Attraxine“ entstehen, welche auf die Zellen eines ausgeschalteten oder verlagerten Gewebsteiles eine hinreichend starke, spezifische chemotaktische Wirkung ausüben, so ist die Folge notwendigerweise ein dauerndes schrankenloses Wachstum dieser Zellen, also die maligne Geschwulst.

Die entwicklungsmechanische Vorstellung, die F. von der Entstehung der Geschwulstanlage entwirft, überträgt er auch auf die normale Drüsenbildung. Das Einsinken des Oberflächenepithels zur ersten Drüsenanlage könnte auch auf chemotaktisch wirkende Substanzen, die sich regelmäſsig im subepithelialen Bindegewebe ansammeln, zurückgeführt werden. Vielleicht sind ähnliche chemische Stoffe überhaupt von groſser Bedeutung für die gesamte embryonale Entwicklung und das ganze Wachstum der Zellen und Gewebe. Daſs übrigens im Tier- wie im Pflanzenreich die Bildung der Organe an die Produktion bestimmter chemischer Stoffe gebunden ist, wurde von anderen Forschern bereits gezeigt.

Die Arbeit F.s ist hochinteressant; die Lektüre des Originals sei daher eigens noch empfohlen. *Göts-München.*

Über Geschwulstbildungen bei Tieren, von Karl Baumann. (Inaug.-Dissert. München 1904.) Sarkome der Haut und Unterhaut kommen bei Tieren häufig zur Beobachtung. Sie gehören in der Regel zu den derben Fibrosarkomen und bestehen in der Hauptsache aus Spindelzellen. In neuerer Zeit ist ein Fall von allgemeiner Melanosarkomatose bei einem Schimmel bekannt geworden. Reine Sarkome der Niere und Harnblase scheinen bei Tieren selten vorzukommen. Carcinom ist auch bei Tieren eines der am häufigsten vorkommenden Neoplasmen. Nicht selten ist die Haut der Sitz der primären Erkrankung. Wie beim Menschen treten die Hautkrebse auch bei Tieren als Epidermoidal- und Drüsencarcinome auf. Harnorgane, namentlich die Nieren, sind recht häufig Sitz carcinomatöser Entartung. Bei Pferden sind auch primäre Nebennierencarcinome gefunden worden. Der beim Menschen seltene primäre Blasenkrebs kommt bei Tieren häufig zur Beobachtung. Auch an den äuſseren Genitalien sind, namentlich bei männlichen Tieren, nicht selten Carcinome gefunden worden. Adenome in den Talg- und Schweiſsdrüsen von Tieren kommen selten vor.

Fritz Loeb-München.

Eine Mischgeschwulst der Lippe mit dem Bau der Speicheldrüsengeschwülste, von Ludmilla Semjonoff. (Inaug.-Dissert. Zürich 1904.)

Fritz Loeb-München.

Über die Behandlung von Hauttumoren mittels Kauterisation, von W. R Pujo. (*Thèse de Bordeaux.* 1904. Nr. 2.) *Fritz Loeb-München.*

Übertragung von Tumoren bei Hunden durch den Geschlechtsakt, von Anton Sticker-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 49.) Die Versuche beim Hunde haben gezeigt, daſs es maligne Tumoren gibt, welche von Individuum auf Individuum experimentell übertragen werden können. Weitere Versuche ergaben, daſs auch aus ulcerierenden Tumoren lebende, zu progressivem Wachstum befähigte Geschwulstzellen in die Auſsenwelt gelangen können. Durch Kohabitation mit einer Hündin, welche Tumoren an der Vagina hatte, wurden mehrere Hunde mit den

gleichen Tumoren am Penis behaftet. Man kann daraus schliefsen, dafs auch manche Fälle von spontanen Kontaktübertragungen maligner Tumoren beim Menschen vorkommen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Einflufs der Rasse und Häufigkeit des Krebses nach dessen Verbreitung im Kanton Bern, von Karl Kolb-München. (*Dtsch. Vierteljahrsschr. f. öff. Gesundheitspfl.* 38. Bd. 3. Heft.) Die gröfste Krebssterblichkeit zeigt das Mittel- und Seeland, mit dem Maximum der Oberaargau. Abgesehen von den beiden Jurabezirken Laufen und Freibergen findet sie sich in dem Teile des Diluvial- und Tertiärlandes, welcher vom unteren Ende des Thuner Sees an die Bezirke am weiteren Verlaufe der Aare und am unteren Teile des Bieler Sees umfafst. Ein wesentlicher Grund für die Steigerung der Frequenz der tieferen Lagen ist in der Bodenbeschaffenheit zu suchen, namentlich in der gröfseren Feuchtigkeit des Bodens und auch der Häuser. Es ist nicht die Verschiedenheit der deutschen und französischen Nationalität, welche den Krebs über die Schweiz so ungleich verteilt, wenn auch die Möglichkeit eines Rasseneinflusses im allgemeinen nicht zu bestreiten ist. — Auf die beigegebenen Zahlentabellen und statistischen Karten kann hier nur aufmerksam gemacht werden. *Schourp-Danzig.*

Über einige Pseudoparasiten des Carcinoms, von A. S. Grünbaum-London. (*Lancet.* 4. Aug. 1906.) Verfasser bespricht und schildert an der Hand von Abbildungen Beispiele von 1. Zelldegeneration, 2. Einschliefsungen in den Zellen, wobei sowohl Leukocyten als auch andere Zellen aufgenommen werden können, 3. Zellderivate und 4. nicht spezifische Organismen. Alle diese Vorkommnisse haben bekanntlich zu vielfachen Irrtümern Anlafs gegeben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Kenntnis der Basalzellencarcinome Krompechers, speziell der basocellulären pigmentierten Naevocarcinome, von S. Reines-Wien. (*Beitr. z. pathol. Anat. usw.* 1906. Bd. 39.) Krompecher unterschied in seiner Arbeit (1900) zwei Gruppen von Hautkrebsen: das Carcinoma spinocellulare, aus Stachelzellen bestehend, oft verhornend, und das Carcinoma basocellulare, aus Basalzellen bestehend, nicht verhornend. Zu der grofsen Gruppe der letzteren werden auch die von den weichen Naevi ausgehenden Tumoren gerechnet. Reines beobachtete und untersuchte vier Fälle der letzteren Art, von welchen wiederum einer, eine 47jährige Frau betreffend, Gelegenheit gab, das Verhalten von Carcinom, auf dem Boden eines pigmentierten Naevus entstanden, zu diesem zu studieren. Die Krebszellen haben dabei den Typus der unveränderten Deckepithel- bezw. Basalzellen und wandeln sich nicht um. Manche, besonders die intensiv pigmentierten Naevuszellkomplexe und Naevusriesenzellen, können sich auch als solche inmitten der Krebswucherung erhalten und bleiben dann scharf gegen letztere differenziert. Die Pigmentierung der Krebsnester erfolgt dort, wo sie kein von vornherein dagewesenes Naevusnest umgreifen, vom Bindegewebe aus und zeigt Analogie mit den Pigmentierungsverhältnissen der Naevuszellennester, wie sie von Fick beschrieben wurden. Krebszellenwucherung und Pigmentation sind bis zu einem gewissen Grade voneinander unabhängig. Jeder von einem pigmentierten Naevus ausgehende Tumor mufs jedoch nicht in die Gruppe der bösartigen Melano-Carcinome oder -Sarkome gebracht werden, ebensowenig eine exzessive Pigmentvermehrung erfahren. Die Angabe von Krompecher, die pigmentierten Naevuscarcinome wiesen einen verhältnismäfsig einfachen Bau auf, kann R. jedenfalls nicht bestätigen. Literaturverzeichnis und eine Farbentafel. *Stern-München.*

Über multiples Gesichtscarcinom, von Coenen-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 28.) Verfasser stellt in der medizinischen Gesellschaft Berlin am 27. Juni einige Fälle von multiplem Gesichtskrebs aus v. Bergmanns Klinik vor, welche nichts Neues zeigen und nur kasuistischen Wert haben. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Carcinome der Mundschleimhaut, von Franz Thomas. (Inaug. Dissert. Breslau 1906.) In sieben Fällen (= 50 %) wurden neben dem Carcinom weifse Plaques gefunden. Als Ursache für die Entstehung der letzteren kommt bei den Fällen des Verfassers ausschliefslich starkes Rauchen in Betracht. Nur in einem Falle könnten Lues und deshalb Hydrargyrumkuren neben starkem Tabakgenufs verantwortlich gemacht werden. Übereinstimmend mit den Angaben der meisten Autoren sind nur männliche Personen von der Leukoplakie befallen worden. Bei dreien von diesen konnte die Entstehung von Carcinom auf dem Boden von Leukoplakie direkt beobachtet werden. Deshalb bezeichnet Verfasser die Leukoplakie als eine ernste, das Leben bedrohende Erkrankung. Differentialdiagnostisch kommen Lues, Tuberkulose und vielleicht auch Aktinomykose in Betracht. Therapeutisch ist die möglichst radikale Entfernung der Neubildung zu erstreben. Von zwölf operierten Fällen fünf Dauerheilungen. Beobachtungszeiten: 8, 7¾, 6, 8¼, 1½ Jahre.

Fritz Loeb-München.

Die in der Königl. chirurgischen Klinik zu Breslau beobachteten Fälle von Lippenkrebs aus den Jahren 1891—1901, von Br. Birke. (Inaug.-Dissert. Breslau 1904.) Es handelt sich um 188 Fälle, 163 Männer, 22 Weiber, dreimal Geschlecht nicht angegeben. In 5,32 % der Fälle bestand primäres Carcinom der Oberlippe gegen 94,68 % Unterlippencarcinom. An den Unterlippencarcinomen sind Männer mit 90,45 %, Weiber nur mit 9,55 % beteiligt, dagegen treffen von zehn Oberlippencarcinomen 40 % auf Männer, 60 % auf Weiber. Die Altersgrenze schwankt zwischen dem 28. und 88. Lebensjahre. Beinahe zwei Drittel sämtlicher Fälle betreffen das Alter zwischen 50 und 70. Bei weitem die meisten Fälle liefern die bei der Bodenbenutzung und Viehzucht beschäftigten Personen. In einem Falle handelte es sich um eine Kontaktinfektion, indem an gegenüberliegenden Stellen der Unter- und Oberlippe genau aufeinander passende Carcinome beobachtet wurden. In einem Falle ist bemerkt, dafs sich das Carcinom der Unterlippe an der Stelle des Pfeifendruckes beim Tabakrauchen entwickelte. Trauma wird von den Patienten selbst fünfmal als Krankheitsursache angegeben, Insektenstiche zweimal. *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zur Kenntnis der Hautcarcinome der Nase mit Benutzung der in der Zeit vom 1. Dezember 1895 bis zum 1. April 1904 in der Königl. chirurgischen Universitätsklinik zu Göttingen behandelten Kranken, von Erich Kellner. (Inaug.-Dissert. Göttingen 1904.) *Fritz Loeb-München.*

Über Radiotherapie und Carcinom. (*Wien. med. Presse.* 1905. Nr. 52.) Gauthier und Duvoux fanden, dafs die Epitheliome des Gesichtes und vor allem der Nase sicher durch Radiotherapie geheilt werden; bei anderen Carcinomen werden Entzündungserscheinungen, Schmerzen, Eiterung, Adhärenzen gemildert. Epitheliome der Unterlippe zeigten keine, jene der Zunge, des Kehlkopfes, Rachen- und Kiefercarcinome nur insofern eine Veränderung, als sich die Adhäsionen lösten und die Operation erleichtert wurde. Brust-, Magen-, Gebärmutterkrebse wiesen in wenigen Fällen Besserung in bezug auf Blutung, Schmerzen, Verwachsungen auf, geheilt wurde keiner dieser Krebse. Die Radiotherapie ist also beim Hautepitheliom, das durch das Messer nur mit grofsem Substanzverlust abzutragen ist, bei alten Leuten und bei Kranken, welche lange Zeit in Behandlung bleiben können, angezeigt.

Putzler-Danzig.

Zur Röntgentherapie der Carcinome und Hautkrebse, von A. Huber-Budapest. (*Budapesti Orv. Ujs.* Dermat. Beil. 1906. Nr. 4.) Gegenüber der Röntgentherapie zeigen sich jene Carcinome gutartig, die klinisch auch gutartig charakterisiert sind (Gesichtskrebse, Epitheliome, Ulcus rodens), die klinisch bösartigen Formen sind auch dieser Therapie gegenüber renitent. Während von 22 gutartigen Krebsen 20

geheilt sind, ist von 15 bösartigen kein einziger Fall gebessert worden Es ist möglich, dafs die frühzeitige Röntgenbehandlung Besseres leisten wird, da die 15 bösartigen Fälle ohne Ausnahme inoperabel waren. Die Behandlung von operierten Carcinomkranken in Intervallen von vier bis sechs Wochen wäre zu versuchen. — Die gutartigen Formen sollen ausschliefslich der Röntgentherapie zufallen. (Volle Dosis in einer Sitzung in Intervallen von vier bis fünf Wochen.) *B. Kollarits-Budapest.*

Onkologische Mitteilungen, von Baumgarten-Tübingen. (*Wien. med. Wochenschrift.* 1906. Nr. 42.) B. demonstrierte bei diesem auf der X. Tagung der Deutschen pathologischen Gesellschaft in Stuttgart gehaltenen Vortrage u. a. Präparate von einem Fall, welcher als „malignes Lymphom“ diagnostiziert worden war. Die mikroskopische Untersuchung der vergröfserten Lymphdrüsen ergab, dafs dieselben überall das Bild krebsiger Infiltration darboten. Als Herd der Krebsmetastase konnte allein die Prostata angesehen werden, welche bereits bei der Sektion als vergröfsert aufgefallen war. Die histologische Untersuchung ergab, dafs sich in ihrem Gewebe atypische, epitheliale Zellstränge und Nester befanden, welche nach B. als carcinomatöse Wucherungen aufzufassen sind. Der Fall zeigt, wie larviert das Carcinom der Prostata auftreten kann und wie es, latent bleibend, durch stark hervortretende Metastasen in den Lymphdrüsen klinisch und makroskopisch-anatomisch das Bild maligner Lymphome vortäuschen kann. Nirgends sonst waren Krebsmetastasen festzustellen. *Putzler-Danzig.*

Das Epitheliom der Extremitäten, von Berger. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 27.) Bei einem 42jährigen Manne fand B. an der Ferse des rechten Fufses einen pilzähnlichen, harten, ulcerierten, kraterförmig ausgehöhlten, von kleinen Fistelgängen durchzogenen Tumor; das Os calcaneum war vergröfsert, eine Fistelöffnung führte in das Innere des Knochens hinein. Der Patient hatte mit 19 Jahren eine akute Osteomyelitis des Fersenbeins durchgemacht, die damals entstandene Fistel schlofs sich nie mehr ganz und allmählich bildete sich eine Hyperostose des Os calcaneum. Vor sechs Monaten hatten sich in der Umgebung der Fistelöffnung die ersten Anfänge der jetzigen Geschwulst, eines Epithelioms, gezeigt. Die Glandulae iliacae und die Drüsen im Scarpaschen Dreieck waren geschwollen.

Die Epithelioma der Extremitäten folgen nicht selten auf eitrige Knochenprozesse; sie verlaufen gewöhnlich viel langsamer als der hier beschriebene Fall und sind verhältnismäfsig gutartig, sie führen nur selten zu Metastasen, Kachexie stellt sich erst sehr spät ein. Drüsenschwellungen sind allerdings häufig, aber es handelt sich oft nicht um carcinomatös, sondern nur um entzündlich veränderte Drüsen. Als Behandlung ist in erster Linie die Resektion zu empfehlen; Rezidive treten nach dieser zwar öfter als nach der Amputation, im ganzen aber doch nicht allzu häufig auf, und auch ein Rezidiv kann wieder durch Resektion beseitigt werden. *Götz-München.*

Die Behandlung der Epitheliome, von Alex. Manolescu. (*România medicala.* 1906. Nr. 6/7.) M. hat zwei Fälle von Epitheliom mit dem von Truneczek angegebenen Serum behandelt und in beiden Heilung erzielt. Bei dem einen Falle reicht die Beobachtung auf acht Jahre zurück, beim anderen auf neun Jahre und ist kein Rezidiv aufgetreten. *E. Toff-Braila.*

Über die Behandlung der Hautepitheliome mittels Röntgenstrahlen, von J. Coriat. (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 523.) *Fritz Loeb-München.*

Die dermatologische Behandlung des Epithelioma cutaneum am inneren Augenwinkel, von Jacques Nicolas. (*Thèse de Montpellier.* 1903/1904. Nr. 74.) *Fritz Loeb-München.*

Die Gefahren und Kontraindikationen der Radiotherapie bei den Hautepitheliomen, von Lereddе. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 13.) Bei tiefliegenden

Epitheliomen, bei carcinomatösen Erkrankungen der Lymphwege und der Drüsen haben die Röntgenstrahlen niemals eine heilende, häufig genug aber eine palliative Wirkung, indem sie die Schmerzen oft für lange Zeit beseitigen und die Ödeme und die Gewebsinfiltration verringern; wohl infolgedessen verschwinden zuweilen bei Kranken mit Magencarcinom unter der Behandlung mit Röntgenstrahlen Erbrechen und Appetitlosigkeit. — Dafs bei oberflächlichen Hautepitheliomen durch Radiotherapie vollständige und dauernde Heilung erzielt werden kann, hat L. wiederholt schon betont. Aber trotz sorgfältiger Auswahl der Fälle hat L. doch auch Mifserfolge von der Anwendung der Röntgenstrahlen gesehen, so in zwei Fällen, in denen die Neubildung sehr rasch sich entwickelt und in kurzer Zeit beträchtliche Gröfse erreicht hatte. Solch rascher Verlauf beweist eine ungewöhnlich grofse „Virulenz" des Epithelioms und ist als Kontraindikation gegen die Radiotherapie zu betrachten. Auch bei melanotischen Epitheliomen ist die Anwendung der Röntgenstrahlen nicht am Platze. Eine Beobachtung L.s zeigt, wie gefährlich es ist, wenn unter dem Einflufs der Bestrahlung Vernarbung eintritt, noch bevor alles kranke Gewebe zerstört ist; es kommt dann zum Einschlufs carcinomatöser Zellen, die der Ausgangspunkt von Rezidiven in der Tiefe werden können. Um das zu vermeiden, ist es notwendig, die Strahlen in grofsen Dosen zu applizieren, die Bestrahlungen ziemlich rasch nach einander vorzunehmen und namentlich vor vollendeter Vernarbung noch zu wiederholen. Im übrigen ist die Gröfse der in einer Sitzung zu applizierenden und der zur Heilung eines Epithelioms nötigen Strahlenmenge in den verschiedenen Fällen natürlich eine verschiedene. *Göts-München.*

Zur Kenntnis des Epithelioma sebaceum penis, von J. J. Ducos. (*Thèse de Lyon.* 1904. Nr. 23.) *Fritz Loeb-München.*

Das Ulcus rodens und dessen Röntgenotherapie auf Grund von drei Fällen, von Alfred Huber-Budapest. (*Pester med.-chir. Presse.* XL. 1906. Nr. 4—5.) Mit eingehender Berücksichtigung der Literatur verbindet H. den Bericht der von ihm mit gutem und nachhaltigem Erfolge behandelten drei Fälle von Ulcus rodens, von denen der eine durch seine sehr prekäre Lage am unteren Augenlide und der dritte durch seine grofse Geschwürsausdehnung bei hohem Alter der Patientin auffiel, und er kommt in seiner Epikrise zu folgenden Erfahrungssätzen:

1. Die Röntgenstrahlen besitzen für das Ulcus rodens eine eminent heilende Wirkung. Die nach der Heilung entstandene Narbe ist sehr hübsch, weich und glatt, mit einem Worte, in kosmetischer Beziehung einwandlos.

2. Rezidive können auch nach der Röntgenbehandlung vorkommen, können aber mit neuerlichen Röntgenbehandlungen rasch behoben werden.

3. Obwohl bei Stellung der Indikation die Frage des operativen Eingriffes stets genau zu erwägen ist, würde ich dennoch der Röntgenbehandlung als Heilagens des Ulcus rodens ein gröfseres Feld einräumen, wie dies bisher geschehen ist, wozu ich mich durch die mit der Röntgenbehandlung in der überwiegend grofsen Mehrzahl erreichten günstigeren Erfolge, andererseits aber durch die in kosmetischer Beziehung vollkommene Heilung bewogen fühle.

4. Bezüglich der praktischen Durchführung der Behandlung halte ich eine pünktliche Dosierung der Röntgenstrahlen für notwendig und anfangs die Dispensierung von gröfseren Dosen für zweckmäfsig.

5. Erachte ich es für wünschenswert, dafs in Zukunft — wenigstens bezüglich der Röntgenbehandlung des Ulcus rodens — in technischer Beziehung eine gewisse Einheitlichkeit befolgt werde, um auf diese Weise den richtigen Wert der Kurerfolge leichter beurteilen zu können. *Arthur Rahn-Berlin.*

Über die sarkomatöse Degeneration benigner Hautgeschwülste und über deren Behandlung, von MARC BOUIS. (*Thèse de Montpellier*. 1905. Nr. 33.)

Fritz Loeb-München.

Sarcoma multiplex haemorrhagicum pigmentosum KAPOSI, von ARTHUR SCHLESINGER-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr*. 1906. Nr. 45.) In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 24. Oktober 1906 stellt SCHL. einen Fall dieser seltenen Krankheit vor; die Krankheit bei dem 80jährigen Herrn besteht seit drei Jahren und entspricht ganz dem von KAPOSI entworfenen Bilde. Arsentherapie versagte hier. In der Diskussion berichtet LEDERMANN über günstige Erfolge mit Arsen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die späteren Ergebnisse der Behandlung von inoperablen Sarkomen mit einer Mischung der Toxine von Erysipel und Bacillus prodigiosus, von W. B. COLEY-New York. (*Amer. Journ. med. scienc.* März 1906.) Im Jahre 1891 hat Verfasser unabhängig von den FEHLEISENschen Beobachtungen über die günstige Wirkung des Erysipels bei inoperablen Sarkomen berichtet und hatte eine Serie von Fällen mit Injektionen von Kulturen des Streptococcus behandelt. Durch zwei Todesfälle wurde er, abgesehen von den Schwierigkeiten, welche mit der willkürlichen Erzeugung von Erysipel verknüpft sind, veranlafst, statt der Kulturen die Toxine allein zu verwenden. Dabei konstatierte er, dafs die Wirkung des Erysipeltoxins wesentlich erhöht wird durch die Mitwirkung des Bacillus prodigiosus, namentlich wenn letzterer von kräftiger, tiefroter Kultur stammt. Die Herstellung geschah nach folgender Formel: Ein Pfund fein zerteiltes Rindfleisch wird etwa zwölf Stunden in 1 l Leitungswasser eingeweicht und dann eine Stunde gekocht und durch Flanell filtriert. Es wird 10 g Pepton (WITTE) und 0,3 NaCl zugesetzt. Durch Zusatz von 10% NaHO in genügender Menge wird die Mischung alkalisch gemacht und dann eine Stunde gekocht; sterilisiert wird sie alsdann durch halbstündiges Kochen an drei aufeinander folgenden Tagen. Man beschickt 25 ccm des Mediums mit einigen Kubikzentimetern einer Bouillonkultur von Streptococcus in einer kleinen Flasche und fügt nach dreiwöchigem Wachstum im Brütofen etwas von einer Agar- oder Bouillonkultur von Bacillus prodigiosus hinzu. Dies bleibt weitere zehn Tage bei Zimmertemperatur vor direktem Sonnenlicht geschützt stehen und wird dann in sterile Flaschen übergegossen, eine Stunde im Wasserbade bei 60° erhitzt und noch mit 4—5 ccm Glycerin und einem kleinen Stück Thymol versetzt. Bis zum Gebrauch auf Eis aufbewahren (BUXTON). Eine andere Formel (COLEY) lautet: Enzympepton 10,0, NaCl 10,0, $NaPO_4$ 0,5. Dies wird durch Zusatz von 3 ccm Normalnatronlauge per Liter neutral gemacht.

Eingespritzt wird, wenn Patient es verträgt, täglich; sonst mit Zwischenpausen, in Dosen von zunächst 0,015—0,03 ccm bei lokaler Applikation am Tumor selbst und sonst von 0,06, bis eine Reaktion mit Fieber und Schüttelfrost erfolgt. Wenn nach vierwöchiger Behandlung keine Wirkung eingetreten ist, so darf man nicht auf viel Erfolg rechnen.

Verfasser verfügt über 36 Fälle von inoperablem Sarkom resp. Carcinom, die so behandelt wurden, und von denen 21 zwischen 5 und 13 Jahren (10 länger als 10 Jahre) gesund blieben, 12 andere wenigstens 1—5 Jahre. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Sarkomatöses Unterschenkelangiom, von BORCHARD-Posen. (*Zentralbl. f. d. ges. Med.* 1906. Nr. 28.) Der Tumor safs an der Aufsenseite des stark variкösen Unterschenkels bei einem 44jährigen Manne und ragte in einer Länge von 20 cm nach oben wie ein Flügel, während der Stiel kindsarmdick war. Die Operation ergab, dafs die Geschwulst nicht über die oberflächliche Fascie hinausging, dafs in den Stiel zahlreiche, stark erweiterte Varicen hineinzogen. Mikroskopisch liefs sich nachweisen, dafs der Tumor aus von den erweiterten Varicen ausgehenden Blutgefäfsen

bestand, welche zum Teil erst einfache Endothelstränge darstellten. Das Gewebe zwischen den neugebildeten Gefäfsen war sarkomatös degeneriert.

Schourp-Danzig.

Ein beginnendes Spindelzellensarkom der Haut, von Ernst Seckel-München. (*Centralbl. f. allg. Pathol. usw.* 1906. Nr. 18.) Ein kleiner papillärer Tumor von der Aufsenseite des rechten Oberarms einer 26 jährigen Patientin, der gelegentlich einer gynäkologischen Operation als kleine „Warze", die nicht vergehen wollte, auf Wunsch der Patientin mit entfernt wurde, gab S. Veranlassung, den Tumor zu untersuchen. Dabei stellte sich heraus, dafs es sich um ein junges, noch kleines Spindelzellensarkom handelte. Die geringe Gröfse der Geschwulst, das Fehlen atypischer Mitosen, die regelmäfsige Anordnung und gute Durchbildung der Struktur, bei spärlichen Kernteilungsfiguren zeigen, dafs es sich um eine ganz junge, noch nicht in rasches, überstürztes Wachstum geratene Neubildung handelt. Dennoch sind die Merkmale des malignen Tumors gegeben: Atypisches Wachstum, rücksichtsloses Vordringen in fremdes Gewebe unter Destruktion desselben. Das Fehlen kleinzelliger Infiltration beweist, dafs keine primäre Ulceration vorliegt. Alle Gebilde der Haut, nervöse Elemente, Drüsen usw. sind von der Stelle, wo der Tumor sitzt, verschwunden; nur die Blutgefäfse mit dickerer Wandung scheinen vom präexistenten Gewebe erhalten. Auch das vorzüglich expansive Wachstum kleiner Sarkome ist zu verfolgen. Damit vereinigt der Tumor bereits infiltratives Wachstum; einzelne Spindelzellen in benachbarten Cutispapillen sowie Spindelzellenzüge in tieferen Schichten der Cutis liegen mitten im gesunden Gewebe. Über die Ätiologie gab die Untersuchung keinen Aufschlufs.

Putzler-Danzig.

Generalisierte, multiple Pigmentsarkome, ausgehend von der Haut, von William Frick und Frank J. Hall. (*Journ. amer. med. assoc.* 1906. Nr. 25.) Bericht über vier Fälle. In der Diskussion gibt B. W. Stearns eine Verordnung zu Verbänden, welche schmerzlindernd und desodorisierend auf die Geschwülste einwirkt:

Thiosinamin		1,3
Atropin		0,06
Adrenalin. chl. sol.		
Ergotini		
Extr. fluid. thujae	āā	2,0
Cocain. hydrochlor.		0,6
Alcohol.		30,0.

Schourp-Danzig.

Über einen Fall von Hautmelanomen des Oberschenkels bei gleichzeitig bestehendem Cystadenoma carcinomatodes beider Ovarien, von Erich Mangelsdorf. (Inaug.-Dissert. Berlin 1905.)

Fritz Loeb-München.

Neue Beobachtungen über die pathologische Histologie und die Behandlung des multiplen idiopathischen hämorrhagischen Hautsarkoms (Angioendothelioma cut. Kaposi), von Radaeli. In den Herden von Sarcoma idiopath. findet man Bildungen endothelialen Ursprungs, die aus dem Endothel der Blutgefäfse stammen. Applikationen von Finsenschem Lichte vermögen eine Resorption der Neubildung herbeizuführen. Diese Resorption kommt dadurch zustande, dafs in der Umgebung des Neoplasmas eine Proliferation des Bindegewebes entsteht, woraus eine sekundäre Atrophie der neoplastischen Herde resultiert. In der nach der Applikation von Lichttherapie entstandenen Narbe hat der Verfasser einen aufserordentlichen Reichtum von elastischen Fasern konstatiert, worin wahrscheinlich der Grund der Schönheit und Ausdehnungsfähigkeit dieser Narben zu suchen ist.

C. Müller-Genf.

Über subcutane Sarkoide, von J. Darier und G. Roussy-Paris. (Mit Abbildungen.) (*Arch. de méd. expér. et d'anat. path.* Jan. 1906. Nr. 1.) Unter obiger Bezeichnung schildern und besprechen die Verfasser eine sehr interessante, bisher jedenfalls wenig beachtete Anomalie, von welcher sie selbst vier Fälle untersucht haben, während ein fünfter zum Vergleich herangezogener Fall von Français stammt. Klinisch handelt es sich um kleinere und gröfsere, meist erbsen- bis bohnengrofse Geschwülste, welche im subcutanen Gewebe eingelagert sind, im allgemeinen keine Beschwerden machen, aber zuweilen, namentlich zugleich mit einer rascheren Gröfsenzunahme, Unbehagen und Schmerzen verursachen können. Gelegentlich ist eine Retrogression der Gebilde zu konstatieren; Neigung zu Vereiterung dagegen oder Geschwürsbildung war niemals zu beobachten. Die bisherigen Fälle gehörten sämtlich dem weiblichen Geschlechte an. Die Trägerinnen standen im Alter von ca. 35 bis 45 Jahren. Verdachtsmomente auf eine tuberkulöse Disposition waren mehrfach vorhanden. Dagegen sprach nichts für einen malignen Charakter der Neubildungen, und auch für Syphilis fanden sich meistens keine Anhaltspunkte. Verfasser erklären diese Läsionen als neoplastische Wucherungen, bedingt durch eine sehr abgeschwächte Wirkung des Tuberkelvirus, etwa als eine in die Tiefe projizierte Form des Skrophulodermas. Zu dieser Ansicht wurden sie hingeführt einmal durch die histologischen Verhältnisse, die sie an exzidierten Stücken antrafen, und die, wie an den Abbildungen ersichtlich ist, in der Tat grofse Ähnlichkeit mit einem typischen Knötchen der Tuberkulose aufweisen. Nur fehlten an ihren Präparaten die Bazillen gänzlich, und auch ein Injektionsversuch mit einem exzidierten Geschwulststückchen gab beim Meerschweinchen ein durchaus negatives Resultat. Hingegen erhielt man eine sehr ausgesprochene fieberhafte Reaktion bei subcutanen Injektionen von Kochschem Alt-Tuberkulin und konnte aufserdem konstatieren, dafs im Anschlufs daran in kurzer Zeit eine merkliche Verkleinerung der Geschwülste eintrat. Verfasser besprechen auch die Analogien zwischen diesen subcutanen Sarkoiden und dem Erythema induratum Bazins und stellen diese (ebenfalls als eine Form von astenuierter Tuberkelbildung zu deutende Affektion) als Mittelstufe zwischen dem Skrophuloderma und den Sarkoiden hin. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

b. *Benigne.*

Zur Kasuistik der subcutanen Geschwülste an den Fingern, von Durlacher-Ettlingen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 32.) Bei einem Arbeiter entwickelte sich aus einem kleinen spontan entstandenen Knötchen an der Volarseite des rechten Zeigefingers über der Articulatio metacarpo-phalangea im Verlaufe von 20 Jahren eine hühnereigrofse, bis zum zweiten Interphalangealgelenk reichende, prall-elastische Geschwulst, die aktive und passive Bewegungen in den Interphalangealgelenken vollständig unmöglich machte. Der Tumor, der nur an einzelnen kleinen Stellen mit der Haut leicht verwachsen war, liefs sich ohne Schwierigkeit aus dem Unterhautzellgewebe entfernen; er wies eine bindegewebige Einschnürung auf und zeigte auf dem Durchschnitt eine derbe sehnenartige, weifse Faserung; eine erbsengrofse Partie der Oberfläche war gallertartig erweicht. Der histologische Bau war kein einheitlicher; hauptsächlich wurden bündelartig sich durchflechtende Bindegewebsfasern, mit stellenweise hyaliner Entartung der Gefäfsumgebung gefunden; aufserdem war ein sehr wechselnder, zum Teil sehr grofser Zellreichtum vorhanden. Der Tumor glich also einerseits den Dermoiden, andererseits erinnerte er an ein Fibrosarkom. Die Ursache der Geschwulstbildung liefs sich nicht eruieren. *Götz-München.*

Allgemeine Neurofibromatose, von Louis Rénon. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 44.) Demonstration eines Falles von generalisierter Neurofibromatose und daran

anschliefsend kurze Schilderung des Krankheitsbildes im allgemeinen. Die vorgestellte Kranke wies aufser den Erscheinungen an der Haut und starker körperlicher Müdigkeit eine deutliche Herabsetzung des Intellektes und eine hochgradige geistige Schwerfälligkeit auf; derartige psychische Störungen fehlen nach R. bei der Neurofibromatose niemals. Zur Behandlung empfiehlt R. neben Verabreichung allgemein tonisierender Mittel den Gebrauch von Suprarenin; bei der oben erwähnten Patientin hat eine zwei Monate hindurch fortgesetzte Anwendung von Suprarenin zu einer deutlichen Besserung der psychischen Störungen und zu beträchtlicher Zunahme der Kräfte geführt. *Götz-München.*

Ein interessanter Fall von diffuser Neurofibromatose. Recklinghausensche Krankheit, von Pastine. (*Rif. med.* 1906. Nr. 39.) Der Fall betrifft einen 67jähr. Mann. Das Besondere in diesem Falle ist der Umstand, dafs ausschliefslich die linke Seite des Körpers und besonders die Hirnnerven befallen waren: Facialis, Trigeminus, Hypoglossus, Acusticus, Glossopharyngeus, Vagus usw. Der Verfasser meint, dafs es sich um multiple Tumoren handelt und nicht blos um einen solchen, der allenfalls durch sein Volumen eine Kompression auf ein gröfseres Hirngebiet ausgeübt hat. Am Körper konnte nur im Gebiete des cervico-brachialen Plexus Störungen konstatiert werden. Der Beginn der Affektion war ein ganz plötzlicher, mit einem heftigen Schmerz am linken Arme, wo dann auch das Neurofibrom nachgewiesen wurde. *C. Müller-Genf.*

Ein Beitrag zur Neurofibromatosis Recklinghausen, von Otto Kren-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 41.) K. hatte Gelegenheit, einen Fall von Neurofibromatosis bei einem 24jährigen Patienten zu beobachten, dessen Krankengeschichte er ausführlich mitteilt. Die Hauptsymptome für die Erkrankung: Pigmentationsanomalien und Fibrome waren nachzuweisen und sicherten die Diagnose. Aufserdem war der Fall ausgezeichnet durch Fehlen des hintersten Teiles des Alveolarfortsatzes des rechten Oberkiefers, Fehlen des Knorpels im Tragus und Gehörgang; es fehlte ferner partiell das Os sphenoidale. Hämangiom und dadurch bedingte Usur des Jochbeins und Atrophie des Musculus temporalis; Neurofibrom mit Usur des Unterkiefers. Skelettasymmetrie des Schädels. K. kommt zu dem Schlufs, dafs die Neurofibromatosis eine hereditäre, oft in mehreren Generationen zu verfolgende Krankheit ist, die mit ihren Tumorbildungen am Nervenendapparate und den fast stets begleitenden, nävusartigen Bildungen der Haut, sowie den Hemmungs- und Mifsbildungen an inneren Organen im weiteren Sinne selbst als Mifsbildungskrankheit aufzufassen ist. *Putzler-Danzig.*

Multiple symmetrische Lipome, von G. Eckstein-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 14 u. 15.) E. demonstrierte im Verein deutscher Ärzte in Prag einen 52jährigen Patienten, welcher multiple symmetrische Lipome am ganzen Stamm und den Extremitäten aufwies, nur Dorsum und Vola manus et pedis utriusque wie die Haut über den Zehen war frei. Die Knoten liegen alle subcutan, mehr oder weniger abgegrenzt von ihrer Umgebung, zeigen lappigen Bau, sind von teigiger Konsistenz, verschiebbar auf ihrer Unterlage, mit der Haut nicht verwachsen und bis auf zwei nicht schmerzhaft. Die Haut über den Knoten ist unverändert. Als seltene Lokalisation sind die Knoten an den Brüsten, Bauchdecken und den Phalangen der Finger anzusehen. *Putzler-Danzig.*

Lipoma multiplex symmetricum, von Ernest Spitzer-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 15.) Die Literatur sowohl wie drei von S. beobachtete Fälle von multipler symmetrischer Lipomatosis machen die Annahme zu wahrscheinlich, dafs in ihrer Entstehung die Lipome mit den Nervenfasern zusammenhängen; denn erstens waren auch in diesen Beobachtungen die Lipome symmetrisch längs den

Nervenbahnen angeordnet, die Geschwülste waren auf Druck schmerzhaft, der jedesmal vorliegende Abusus in alcoholicis machte eine Stauungshyperämie und damit eine Begünstigung der Störung in der Gefäßsinnervation wahrscheinlich, und der trophoneurotische Charakter ergab sich aus dem gleichzeitigen Auftreten von Schwäche und Juckgefühl.

Besonders charakteristisch für diese Anschauung gestaltet sich der dritte Fall: Es handelt sich um einen 34jährigen Tagelöhner mit starkem Abusus von Alkohol und Nikotin. Von Nervenstörungen erwähne ich eine allgemeine Hyperhidrosis, Druckschmerzhaftigkeit der Quintusäste an den Austrittsstellen, besonders des Supraorbitalis. Steigerung der Reflexe. Achillessehnenreflex fehlt. Es besteht ein starker Schwund der Thyreoidea und eine Protrusio bulbi linkerseits. Der Patient weist bis kindskopfgrofse symmetrische Lipomknoten an Hals und Nacken, Brust, Bauch und über den Schultergelenken auf, kleinere im Epigastrium, Jugulum, in der Fossa ovalis und medial am Ellbogen beiderseits. Diese Geschwülste sollen anderthalb Jahre bestehen.

Daneben finden sich an der Haut des Körpers zerstreut hirsekorngrofse Pigmentationen von gelbbrauner Farbe und gröfsere nävusartige Flecke, ferner asymmetrisch verteilt zahlreiche erbsengrofse. subcutan gelegene, derbe Knötchen, über denen die Haut glatt, glänzend und verdünnt, wie atrophisch aussieht. Es ist dies eine Kombination von multiplen symmetrischen Lipomen mit Neurofibromatosis Recklinghausen und dieser Fall scheint auch auf die Abhängigkeit der Lipome von den Nervenfasern hinzuweisen. *Arthur Rahn-Berlin.*

Symmetrische Handrückenlipome bei Togo-Negern, von Max Martin-Togo. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 20.) M. beobachtete bei Negern im Schutzgebiete Togo mehrfach auf beiden Handrücken symmetrisch angeordnete, ziemlich grofse, weiche oder prall-elastische, mit der Unterlage festverbundene Geschwülste, welche die freie Beweglichkei tder Hände stark behinderten; die Exstirpation der Neubildungen, die sich als Lipome erwiesen, war wegen ihrer innigen Verbindung mit dem Ligamentum carpi transversum und den Sehnenscheiden meist eine recht schwierige. Die an sich harmlose Geschwulst führte mitunter zu schweren Störungen. So wuchs bei einem 35jährigen, sonst gesunden Neger das Lipom auf der linken Hand zu einem grofsen Tumor heran, der vom Handgelenk bis zu den Grundgelenken der Finger reichte. Es entstanden Fistelöffnungen, aus denen sich gelblichweifse, trübe Flüssigkeit entleerte, die Finger wurden atrophisch und verloren ihre aktive Beweglichkeit fast vollständig, das Handgelenk wurde steif, infolge von Inaktivität atrophierte der ganze linke Arm. Die operative Entfernung des Tumors erwies sich als unmöglich; freigelegt präsentierte sich die Geschwulst als typisches, von zahlreichen Septen durchsetztes Lipom, das mehrere cystische, mit einer dicken trüben Flüssigkeit angefüllte Höhlen enthielt. Der Bandapparat zwischen Karpal- und Metakarpalknochen war zerstört, die Metakarpi II—V waren innerhalb des Tumors völlig nach oben luxiert. M. glaubt, dafs in diesem Falle Zirkulations- und Innervationsstörungen zunächst die Vergröfserung und die cystische Entartung des Lipoms bewirkten; und dafs dann die Luxation spontan ohne erhebliches Trauma entstand. — Über die geographische Verbreitung der beschriebenen symmetrischen Handrückenlipome weifs M. nichts anzugeben. *Götz-München.*

Molluscum contagiosum, von Thibierge. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 39.) Kurze Mitteilung über eine Frau mit Mollusca contagiosa unterhalb der beiden Brustwarzen. *Götz-München.*

Untersuchungen über die sogenannte Taubenpocke (Epithelioma contagiosum), von Waldemar Loewenthal-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 17.)

Aus der Abteilung für Krebsforschung (E. von Leyden) macht L. folgende vorläufige Mitteilung: Die als Taubenpocke bekannte, histologisch dem Epithelioma contagiosum des Menschen vergleichbare Infektionskrankheit der Tauben geht einher mit der Bildung charakteristischer, bis haselnufsgrofser Erhabenheiten auf der äufseren Haut. Diese Erhabenheiten bestehen aus Epithelzellen, beruhen aber im Gegensatz zu echten Geschwülsten im wesentlichen nicht auf Zellenvermehrung, sondern ähnlich wie es L. für die durch Synchytrium anemonis auf Anemonenblättern hervorgerufenen Warzen angegeben hat, auf Zellenvergröfserung. Die Zellenvermehrung scheint, so weit sie stattfindet, mitotisch zu erfolgen. Durch intrakutane Impfung lassen sich typische Pocken nicht nur an den bekannten Prädilektionsstellen (Augenlider und andere unbefiederte Hautstellen am Kopfe), sondern auch an der übrigen Körperhaut erzeugen, und L. kann die bekannte Tatsache bestätigen, dafs am Körper unter Freibleiben des Kopfes auch spontan Pocken auftreten können. Dagegen hat L. im Widerspruch zu zahlreichen Angaben in der Literatur den typischen Pockenprozefs auf die Cornea weder übergreifen sehen noch auch durch direkte Cornealimpfung erzeugen können; er hat auch, trotz der histologischen Verwandtschaft der ausgebildeten Pocke, Taubenpocke mit der Vaccinepustel, im Cornealepithel bisher keine dem Cytorrhyctes vaccinae entsprechenden Gebilde gefunden.

Für die Taubenpocke der äufseren Haut ist charakteristisch, dafs fast jede der vergröfserten Epidermiszellen die bekannten Einschlüsse enthält, die aus (meist nicht innig gemengter) Fett- und Eiweifssubstanz bestehen. Bei den im Munde lokalisierten Pocken nun tritt, soweit die sehr früh eintretende Verflüssigung der vergröfserten Epithelzellen dies erkennen läfst, die Bildung dieser Einschlüsse sehr zurück oder fehlt stellenweise fast ganz, und nur die Zellvergröfserung ist vorhanden. Hieraus geht hervor, dafs die Bildung typischer Zelleinschlüsse ja einerseits von der Art der Krankheit abhängt (Guarnierische Körper bei Variola und Vaccine, Negrische Körper bei Tollwut, „Vogelaugen“ bei Carcinom), anderseits aber von der Art der Zelle, die bei der Krankheit beteiligt ist, und dafs diese Einschlüsse Reaktionsprodukte einer bestimmten Zellenart auf einen bestimmten Reiz sind. Ein weiteres Beispiel hierfür ist das Fehlen der Negrischen Körperchen in nachweislich virulenten Gehirnpartien.

Es ist versucht worden, die Mundaffektion auf gleichzeitig vorhandene Flagellaten zurückzuführen. Hiergegen spricht, abgesehen von der Erzeugung durch Impfung mit Pockenmaterial der Umstand, dafs diese Flagellaten bei Tauben regelmäfsig im hinteren Rachen bis hinunter zum Kropf vorhanden sind. *Arthur Rahn-Berlin.*

Über einen Fall von Epithelioma adenoides cysticum (Brooke), von L. L. Kleintjes. (Inaug.-Dissert. München. 1904.) Verfasser kommt zu dem Endergebnis, dafs es sich in dem von ihm mitgeteilten Fall um ein Epithelioma adenoides cysticum (Brooke) gehandelt hat. Das Epithelioma adenoides cysticum nimmt seinen Ausgang von den Haarbälgen. *Fritz Loeb-München.*

Gutartiges Cysten-Epitheliom, von John J. Shoemaker und A. Napoleon Boston-Philadelphia. (*Journ. americ. med. assoc.* 1906. 13. Okt.) Als erstes Merkmal der Geschwulst trat bei einem jetzt 22jährigen Mädchen vor vier Jahren in der rechten Infraclaviculargegend eine Pigmentation unter leichtem Juckreiz auf. Die histologische Untersuchung läfst den Ursprung der Neubildung aus den Haarfollikeln erkennen und entspricht dem Befunde, der bei Tricho-Epitheliomen beschrieben ist. *Schourp-Danzig.*

Vier Fälle von Epithelcysten, von Leopold Klein-Mährisch-Ostrau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 32.) Mit Abbildungen versehene Beschreibung von vier Epithelcysten; drei davon hatten ihren Sitz an der Volarseite der Finger, eine an der Hohlhand. In einem Falle konnte man bei der Betastung konstatieren, dafs sich

die Geschwulst aus zwei neben einander liegenden ovalen Gebilden zusammensetzte; bei der Exstirpation fanden sich drei vollständig von einander gesonderte Cysten; zwei haselnufsgrofse lagen neben einander und bedeckten die dritte erbsengrofse. In keinem Falle liefs sich die traumatische Entstehung nachweisen; doch fällt das nicht schwer ins Gewicht, da es sich um vier Arbeiter handelte, die, so häufig Traumen ausgesetzt, geringere Verletzungen gar nicht beachten. *Götz-München.*

Cornu cutaneum am Kopfe eines Menschen. (Verfasser nicht angeführt.) (*St. Louis Courier.* Juli 1906.) Eine kurze allgemeine Beschreibung dieser merkwürdigen Hautgebilde, die an allen Teilen des menschlichen Körpers schon gefunden wurden, am häufigsten aber den behaarten Kopf befallen. Als sehr seltener Fall wird der von Niebert und Babler beschriebene, wo zahlreiche Cornua am Kopfe safsen, hervorgehoben. Die Behandlung der Hauthörner besteht darin, sie möglichst bald — gewöhnlich unter Lokalanaesthesie — zu exzidieren. *Stern-München.*

Studie über Hauthörner, von Ch. F. M. Bizièrer. (*Thèse de Bordeaux.* 1903/04. Nr. 85.) *Fritz Loeb-München.*

Behandlung der Keloide mit Strömen von hoher Frequenz, von F. Redard und G. Barret. (*Presse méd.* 1906. Nr. 55.) Bei einem siebenjährigen Patienten hatte sich auf einer Verbrennungsnarbe am Unterarm ein ausgedehntes, sehr derbes Keloid entwickelt. Dieses wurde der Einwirkung hochfrequenter Ströme ausgesetzt erst wöchentlich einmal, später zweimal. Nach 40 Sitzungen war das Keloid vollkommen geschwunden, die Haut hatte ihre normale Farbe wieder angenommen. Zwei benachbarte kleine Keloide waren zugleich mit abgeheilt. Nach einem Jahr kein Rezidiv. *Carl Schramm-Dortmund.*

Ausgebreitete Keloidbildung nach Verbrennung, von H. Steinheil-Stuttgart. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 35.) Enthält Krankengeschichte und Photographie eines Falles von Keloidbildung nach ausgedehnter Verbrennung des Rumpfes, Oberschenkels und Skrotums. *Carl Schramm-Dortmund.*

Multiple Neurome der Haut, von William Edgar Darnall - Atlantic City. (*Journ. american. med. assoc.* 1906. 47. Bd. Nr. 22.) Drei Krankheitsgeschichten, ohne neues zu bringen. *Schourp-Danzig.*

Beitrag zum Studium der cutanen Myome, von Eugène Genevois. (*Thèse de Lyon.* 1905. Nr. 142.) *Fritz Loeb-München.*

Über Lymphangiektomia auriculi (Othaematoma spurium), von Hans Vörner-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 9.) Bei einem 22jährigen Manne entstand ganz spontan im Verlaufe weniger Tage in der obenren Nische der Ohrmuschel ein 2½ cm im Durchmesser haltender, halbkugeliger Tumor und an diesen nach abwärts sich auschliefsend und mit ihm zusammenhängend eine S-förmige Schwellung der gleichen Art. Die Geschwulst, deren Farbe nur etwas bläulicher erschien, als die der Umgebung, liefs deutlich Fluktuation erkennen und verursachte keine besonderen Beschwerden. Sie enthielt ca. 7 ccm Lymphe, ihre Wand hatte, wie ein exzidiertes Stückchen zeigte, nach aufsen den Typus der Haut der Ohrmuschel, die innere Fläche war zum Teil mit Endothelien bekleidet. Es handelte sich also um eine Lymphangiektasie, die äufserlich einem Othämatom glich. Derartige Lymphangiektasien der Ohrmuschel sind wahrscheinlich des öfteren schon für Othämatome angesprochen worden. *Götz-München.*

Über Lymphangioma cutis, von M. Surawitsch. (Dissertation Zürich; aus der Privatpoliklinik von Privatdozent Dr. Heuss.) Die Verfasserin beschreibt vier Fälle von Hautlymphangiom. Die mikroskopische Untersuchung, die in allen vier Fällen gemacht wurde, liefs keinen Zweifel über die Natur der Affektion aufkommen, hauptsächlich über die Frage, ob es sich um blofse Dilatation oder um Neubildung handle.

Alle vier Fälle stimmen histologisch darin überein, dafs die Cystenwand von dichten, runden, höckerigen, ins Lumen der Lymphgefäfse vorspringenden Endothelzellen umgrenzt ist. Aufserdem zeichnet sich einer der Fälle dadurch aus, dafs von der Lymphgefäfswandung zackige Ausläufer ausgingen, die aus endothelähnlichen Zellen bestanden und als Endothelsprossungen angesehen werden müssen. Dieser Befund würde somit für die Annahme sprechen, dafs es sich beim Lymphangioma cutis um eine primäre Endothelwucherung der präformierten Lymphgefäfswandungen handelt. Bezüglich der Entstehungsweise der Affektion stehen sich nämlich hauptsächlich zwei Theorien gegenüber; nach der einen geht die Dilatation der Gefäfse der Gefäfsneubildung voraus (Freudweiler, Unna), nach der anderen soll das umgekehrte der Fall sein und über die Art und Weise der Lymphgefäfsneubildung sind die Ansichten wieder geteilt (homoplastische und heteroplastische Neubildung). In einem weiteren Abschnitte wird die Differenzialdiagnose behandelt und schliefslich in ein paar Worten die Therapie (Exzision, Thermokauter, event. Elektrolyse). *C. Müller-Genf.*

Angioma arteriale racemosum capitis, von Sylvain Wolf. (Inaug.-Dissert. München. 1905.) Nach einer historischen Einleitung bespricht Verfasser das klinische Bild und die pathologische Anatomie der Erkrankung. Ein Hauptkapitel ist der Therapie gewidmet. Für die Therapie kommen jetzt wohl nur mehr zwei Methoden in Betracht: die Alkoholinjektion und als zuverlässigste die vollständige Exstirpation des Tumors, wo dies technisch möglich ist. Die subcutanen Alkoholinjektionen in den Tumor, die zuerst von Schwalbe im Jahre 1879 zur „künstlichen Erzeugung einer Entzündung, deren Folgen eine Verengerung und bei öfterer Wiederholung Schlufs der Gefäfse ist“ empfohlen wurde, ist zuerst von Plessing in die Behandlung des Angioma arteriale racemosum eingeführt worden. Empfehlenswert ist das Verfahren besonders in den Fällen, wo die Gröfse der Geschwulst oder der Gesundheitszustand des Patienten eine Exstirpation nicht erlauben. Die Abschnürung der Geschwulst oder die Entfernung auf galvanokaustischem Wege ist nur bei kleinen Tumoren zu empfehlen, während bei gröfseren Angiomen einzig und allein die Exzision in Betracht kommt. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von diffusem Angioma cavernosum am Arm, von Paul Wieczorek (Inaug.-Dissert. Leipzig. 1905.) Einleitend gibt Verfasser eine Literaturbesprechung über Angioma arteriale racemosum und Angioma cavernosum und führt dabei auszugsweise das Wichtigste über 19 in der Literatur niedergelegte Fälle von Rankenangiom an. Zwölf von diesen betreffen Personen weiblichen, sieben männlichen Geschlechts. Die Affektion befällt an der oberen Extremität mit Vorliebe die Finger, erst dann die Hand, wird dagegen im Gegensatz zum Aneurysma art. venos. niemals am Arme gefunden. Die Geschwulst ist in obigen Fällen elfmal aus einem Nävus, nur zweimal aus einer angeblichen Verletzung hervorgegangen. Hinsichtlich der Pathologie besteht noch keine Einigkeit. Das klinische Bild des arteriellen Rankenangioms an der oberen Extremität zeigt einige Abweichungen von dem am Kopf infolge der veränderten anatomischen Lage der Gefäfse. Die Geschwulst kommt entweder angeboren vor oder entsteht in frühester Jugend. In vielen Fällen wurde verstärkte Herzaktion und Hypertrophie des linken Ventrikels gefunden. Bei der Besprechung der Gefäfsgeschwülste an der oberen Extremität weist Verfasser auch auf eine besondere Form von Gefäfserkrankungen, die genuine diffuse Phlebektasie hin und führt die differentialdiagnostisch wichtigen Merkmale an. Noch seltener ist an der oberen Extremität das diffuse Angioma cavernosum; es besitzt im wesentlichen einen dem normalen cavernösen Gewebe entsprechenden Bau. Vorkommen können diese Geschwülste an sämtlichen Organen des Körpers. Gewöhnlich entwickeln sie sich auf Grund kongenitaler Anlage. Häufig gehen sie aus angeborener Teleangiek-

tasie hervor. Die Ansichten über die Entstehung gehen noch weit auseinander. In seinen weiteren Ausführungen gibt Verfasser die Krankengeschichte eines Falles, der auch abgebildet wird. Es handelt sich um eine den linken Handrücken, den Vorderarm fast völlig, den linken Oberarm teilweise einnehmende, subcutan gelegene Geschwulst, welche aus einem schwammigen, eng untereinander kommunizierenden Gewebe besteht, dessen Inhalt weich, fluktuierend ist und keine Pulsation zeigt. Der Farbe nach besteht dieser Inhalt aus venösem Blut. Die Geschwulst ist angeboren und hat sich vermutlich aus einem Nävus am Handrücken entwickelt. Einen zweiten Nävus weist der Oberarm auf. Die Geschwulst ist während der Pubertät besonders stark gewachsen. Eine analoge Geschwulst wurde bisher dreimal beim männlichen, zweimal beim weiblichen Geschlecht beobachtet. Jedesmal war sie teils angeboren, teils aus einem vorhandenen Nävus hervorgegangen. Die Prognose der Geschwulstform ist quoad vitam gut. Als souveräne Therapie gilt die Exstirpation. Bei diffusen Gefäfsgeschwülsten empfiehlt sich zunächst 30%ige Alkoholinjektion.

Fritz Loeb-München.

Ein Fall von linksseitigem cavernösen Angiom der Unterextremität, regg. glutaealis, perinealis et pudendalis (Elephantiasis teleangiectodes), von H. Heide-Kopenhagen. (*Arch. f. klin. Chir.* 80. Bd. 3. Heft.) Bei einem jetzt zwölfjährigen Knaben, in dessen linker Fufssohle dreiviertel Jahre nach seiner Geburt drei kleine schwarze Flecken, wie mit einem Stachel gestochen, bemerkt waren, bestehen am Unterschenkel vereinzelte angiomatöse Flecken in der Haut und im subcutanen Gewebe; in den Muskeln dagegen fühlt man, wenn der Junge aufrecht steht, mit Blut strotzend gefüllte, stark gespannte Hohlräume, welche bei horizontaler Lage und elevierter Extremität sich leeren und völlig schlaff werden. Stark entwickelt ist das Leiden in der Kniekehle, auf dem Rücken und der Aufsenseite des Oberschenkels, auf der ganzen linken Hinterbacke; von hier aus erstreckt es sich in die linke Hälfte des Dammes herab und nimmt die linke Hälfte des Hodensackes und der Haut des Penis ein. Im Damm, am Hodensack und in der Regio sacralis sieht man eine geringe Verbreitung auch auf die rechte Körperhälfte. Die ganze linke Extremität ist dabei elephantiastisch verändert; an einigen Stellen erheben sich über die umgebende Haut kleine himbeerähnliche Tumoren; an diesen Tumoren ist die Haut sehr dünn, sodafs das unmittelbar unter ihr in cavernösen Räumen befindliche Blut hindurchschimmert und der Haut eine intensiv dunkelblaue Farbe gibt. Die Muskeln und Knochen sind sehr atrophisch. Bei der Palpation, welche die für Angiome eigentümliche luftkissenartige Empfindung ergibt, fühlt man zahlreiche Phlebolithen.

Die histologische Untersuchung erweist in gröfseren Strecken gänzliches Fehlen von Endothelien in den Hohlräumen. Eigentümlich ist das Bild der vom Angiom durchwachsenen Muskeln: nach dem Durchschneiden des subcutanen Gewebes zeigt sich die Muskelfascie dunkelblau, nach Incision derselben bauscht sich das darunterliegende Gewebe bruchartig hervor und hat das Aussehen eines Knäuels von sehr dünnwandigen, schwarzblauen Venen. Während makroskopisch keine Spur von Muskelgewebe zu sehen ist, zeigen sich mikroskopisch spärliche, atrophische Muskelfasern von Fett- und Bindegewebe ersetzt und durchwachsen, welche die zum Teil aufserordentlich grofsen Hohlräume in weniger dicker Lage umgibt.

Die Krankheit ist ätiologisch als vitium primae formationis anzusehen.

Therapeutisch wurde bei dem Patienten die bipolare Methode der Elektrolyse mit Erfolg angewendet. Seit dem Beginn der Behandlung wurde kein Wachstum des Angioms mehr beobachtet; dagegen liefsen sich Schrumpfung und Obliteration der Hohlräume in grofsem Umfange nachweisen, indem die betreffenden Stellen eine weit festere Konsistenz annahmen und die Haut verblafste.

Schourp-Danzig.

Das Impfen von Angiomen, von Hansen-Hadersleben. (*Zeitschr. f. Medizinalbeamte.* 1906. Nr. 9.) Bei Angiomen bis zu Fünfmarkstückgröfse, welche ihren Sitz auf der behaarten Kopthaut und dem Körper — nicht im Gesicht — haben, empfiehlt H. die Beseitigung derselben durch Impfung. Er zieht um die ganze Geschwulst in der gesunden Haut einen Kranz von Strichen, strichelt daneben die Geschwulst selber ganz oberflächlich. In allen Strichen reibt er die Lymphe reichlich und gründlich ein, läfst eintrocknen, wischt nötigenfalls das Blut ab und reibt nochmals ein. Dann kommt gewöhnlich ein Kranz von Impfpusteln um die Geschwulst und einige auf der Geschwulst selbst zum Wachsen, worauf nicht zu grofse Angiome sich in toto abstofsen, andere mehr oder weniger veröden. Etwaige Reste werden durch die Vernarbung konstrimiert und zur Schrumpfung gebracht. Das Verfahren hinterläfst je nachdem eine gröfsere Impfnarbe. *Putzler-Danzig.*

Ein Fall von Haemangioendothelioma perivasculare nasi, von Wilhelm Mannel. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1906.) *Fritz Loeb-München.*

Zwei Fälle von Adenomata sebacea. (Inaug.-Dissert. von B. Drabkin-Slutzky. Aus der Privatpoliklinik von Privatdozent Dr. Heuss-Zürich.) Die Affektion kennzeichnet sich durch symmetrisches Auftreten stecknadel- bis erbsengrofser, im Gesicht lokalisierter Knötchen von gutartigem Charakter. Häufig konstatiert man gleichzeitig am übrigen Körper anderweitige, ebenfalls gutartige Neubildungen. Die Veränderungen zeigen sich häufig schon bei der Geburt oder wenigstens in den ersten Lebensjahren. Die Affektion zeigt sich oft bei geistig minderwertigen Individuen (Epileptischen, Idioten). Histologisch fällt die Multiformität des Geschwulsttypus auf und zwar kann sich diese Multiformität in einem und demselben Tumor zeigen; als einheitliches Moment tritt in den Vordergrund eine Hypertrophie der Organ- oder Gewebselemente der Haut. Häufig sind die Talgdrüsen befallen, sehr selten allein, fast immer kombiniert mit anderen Gewebsbestandteilen der Haut; in seltenen Fällen bleiben die Talgdrüsen intakt. *C. Müller-Genf.*

Adenom der Knäueldrüsen, von H. Martini. (*Il Morgagni.* 1906. Nr. 12.) Die Anatomie des Knäueldrüsenadenoms dürfte nach den Arbeiten von zahlreichen Autoren hinlänglich bekannt sein, so dafs hier nicht weiter darauf eingegangen zu werden braucht. Was den vom Verfasser beschriebenen Fall aber besonders interessant macht, ist der Umstand, dafs auf einem angiomatösen Boden nicht allein eine Hyperplasie oder Hypertrophie der Knäueldrüsen, sondern auch ein Angiom entstehen kann. *C. Müller-Genf.*

Über einen Fall von Cystadenoma papilliferum der Ceruminaldrüsen mit multipler halbseitiger Hirn- und Cervicalnervenlähmung, von Karl Walko-Prag. (*Prag. Med. Wochenschr.* 1906. Nr. 5 u. 6.) W. beschreibt einen Fall von Cystadenoma papilliferum der Ceruminaldrüsen, der vom äufseren Gehörgang ausgegangen und gegen die Schädelbasis vorgedrungen, auch in das Schädelinnere hindurchgewachsen war, schliefslich in einer Durchmessergröfse von $7^1/_2$ cm von innen hinten nach aufsen vorne, von $6^1/_2$ cm von oben nach unten und von 7 cm von innen nach aufsen das linke Felsenbein völlig substituierte. Die Tumormasse zeigte überall eine grobfächrige Struktur und liefs in den Septa den bis haselnufsgrofsen Fächer und an der Oberfläche stellenweise Knochenbalken erkennen. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs es sich um ein Cystadenoma papilliferum handelte; die Septa der makroskopisch wahrnehmbaren Fächer wurden von faserigem Bindegewebe gebildet, welches oft Knochenbalken enthielt. Die Fächer waren teilweise ganz aus, gefüllt mit reich verzweigten papillären Exkreszenzen aus faserigem, stellenweise auch schleimigem, häufig reichlich Rundzellen enthaltendem, stärker vaskularisierendem Bindegewebe, welche, wie die Wand der Fächer, selbst mit einem einschichtigen

kubischen, oft auch cylindrischen Epithel bedeckt waren. Außerdem fanden sich in den Fächern noch abgelöste Zellen, Zerfallsprodukte derselben und homogene, kolloide Massen bis Bohnengröße. Schnitte von der Stelle des Zusammenhangs mit dem äußeren Gehörgang zeigten neben normalen Glandulae ceruminosae solche mit vergrößerten Drüsenschläuchen, die direkt in die mit papillären Exkreszenzen ausgekleideten Hohlräume der Geschwulst übergingen, so daß die Überzeugung der Entwicklung der Geschwulst aus den Glandulae ceruminosae gewonnen wurde. Es hatte eine Lähmung aller linksseitigen Hirnnerven und auch fast der gesamten Cervicalnerven mit Ausnahme des Oculomotorius und Trochlearis bestanden. Bezüglich der Differentialdiagnose kamen namentlich in Hinsicht auf die Pulsation und die Schädelperforation in Betracht ein aneurysmatischer Prozeß und ein Gliom.

Putzler-Danzig.

Ein Fall von zahlreichen verkalkten Knoten in der Haut und dem Unterhautzellgewebe, von Timascheff und Romanow. (*Rußki Wratsch.* 1906. Nr. 18.) Bei einem achtjährigen, sonst gesunden Knaben fanden die Verfasser auf den Extremitäten, insbesondere in der Umgebung der Gelenke, eine Menge verschieden großer (stecknadelkopf- bis hühnereigroßer), teils mit der Haut verbackener, teils unter derselben beweglichen Knoten von Knorpel- bis Knochenhärte. Außerdem aber auch noch Narben. Beim Anschneiden der Knoten entleert sich eine rahmartige Flüssigkeit von weißer Farbe, welche Sand und kleine Steinchen enthält, die makroskopisch sich als Salze erwiesen. Bei der Biopsie einiger Knoten zeigte es sich, daß sie einen alveoläen Bau haben und mit kalkartigen Massen angefüllt sind. Bei der Diagnose mußte infolge der Massenhaftigkeit der Knoten wie des Fehlens von epithelialen Elementen in denselben und in Anbetracht der Neigung der Knoten zur Vernarbung, sobald die kalkartigen Massen sich entleert haben, der Gedanke an ein verkalktes Epitheliom oder Endotheliom fallen gelassen werden. Dagegen entsprachen diese Gebilde den zuerst von Proficuet, dann von Wildholz und Lewandowsky beschriebenen, subcutanen Verkalkungen. Als Besonderheiten ihres Falles führen die Verfasser an: das Vorhandensein von Zerfallsprodukten roter Blutkörperchen innerhalb der kalkhaltigen Massen und die große Menge kleiner, wie die starke Verengerung einiger größerer Arterien in der Nähe der Knoten. Das gibt den Verfassern Anlaß, als Ursprung des Leidens die Verdickung und Verengerung des Lumens der Gefäße anzusehen und diese Gebilde in die Gruppe der Angiome einzureihen.

Arth. Jordan-Moskau.

Endothelioma cysticum cutaneum, von Delfino. (*Il Morgagni.* 1906. Nr. 5.) Der Tumor saß bei der 68jährigen Frau in der rechten Lendengegend, hatte den Umfang vom Kopfe eines reifen Fötus, war scharf umschrieben und saß auf breiter Basis. Der Tumor bestand aus einer ganzen Anzahl von Höhlen mit weit vorgeschrittener hyaliner Degeneration des Inhaltes. Einzelne dieser Höhlen sind vollständig leer, von regelmäßiger Form, mit meist ovalen Zellen austapeziert, die keine Entartungserscheinungen zeigen; andere Höhlen dagegen sind ganz unregelmäßig mit degenerierten Zellen ausgelegt; sie enthalten eine körnige Substanz, in deren Mitte man hier und da neoplastische Elemente mit zerbröckeltem Kerne antrifft; sie stellen offenbar einen Degenerationszustand dar, der die proliferierten Elemente des Tumors betroffen hat. Eine andere Reihe von Höhlen, die man in der Peripherie des Tumors d. h. da wo der Proliferationsprozeß am regsten ist, findet, sind wahrscheinlich Blutgefäße und Lymphspalten, deren Endothelien sich beträchtlich vermehrt haben.

C. Müller-Genf.



Graph. Institut Julius Klinkhardt, Leipzig

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 44. | No. 7. | 1. April 1907.

Aus der Poliklinik des St. Lazarus-Krankenhauses und aus dem anatom.-patholog. Institut des Prof. PRZEWOSKI.

Eine ungewöhnliche Form von Metastasen in der Haut des Mamma-Carcinoms und das Verhältnis dieser Erkrankung zur Pagetschen Krankheit.

Von

Dr. FELIX MALINOWSKI,
Arzt am St. Lazarus-Krankenhause in Warschau.

Mit 7 Figuren im Text.

Den vorliegenden Fall möchte ich zur Veröffentlichung bringen wegen seiner ungewöhnlichen klinischen und anatomisch-pathologischen Form und wegen des Lichtes, welches er auf das Wesen der sogenannten PAGETschen Krankheit wirft.

Die 60jährige M. U. konsultierte mich zum ersten Male im Ambulatorium des St. Lazarus-Hospitals Ende Juli 1905 wegen einer ungewöhnlichen Krankheitsform, welche über die ganze Brustdrüse, mit Ausnahme einer kleinen Partie ihres oberen Abschnittes ausgebreitet war (Fig. 1). Von der Mamma aus griff das Leiden hier und da auf die obere und Seitengegend des Thorax über, und war nach innen bis über die Mittellinie, nach aufsen bis über die vordere Linea axillaris vorgeschritten. Im Bereiche dieser Gegend war die Haut exulceriert und mit wuchernden Granulationen bedeckt, und zwar nicht gleichmäfsig, sondern meist in Form von Hügeln. An manchen Stellen war die Oberfläche rosarot, glänzend, an anderen mit einem grauen, schmutzigen Belag bedeckt und sezernierte reichlich eine trübe, übelriechende Flüssigkeit. In dem oberen Abschnitte des Geschwürs ist stellenweise die Epidermisdecke erhalten. Der Geschwürsrand wird von der gesunden Haut durch eine serpiginöse Linie abgegrenzt. Die nächste Umgebung des Geschwürs ist mit Blasen oder kleinen Ulcerationen von ähnlichem Aussehen, wie die oben beschriebene bedeckt. Die auf der nichtgeröteten und nichtinfiltrierten Haut verstreuten Blasen sind aufserordentlich polymorph. Die einen — in der

Nähe des Hauptgeschwürs — waren über haselnufsgrofs und mit trüber Flüssigkeit prall gefüllt. Manche gröfsere Blasen waren in der Mitte geplatzt, ihre Decke war eingefallen, durch die Öffnung sickerte trübe Flüssigkeit und schimmerte eine meist rosarote, wuchernde Granulationsfläche durch; zuweilen waren indessen die Granulationen sehr spärlich. Weiter von dem Hauptgeschwür entfernt nimmt man kleinere, zumeist mit einem roten Rand umgebene Bläschen wahr. Die kleinsten davon waren kaum stecknadelkopfgrofs. Ihr Inhalt war durchsichtig, die umgebende Haut im Umfange einiger Millimeter gerötet. Die kleinsten

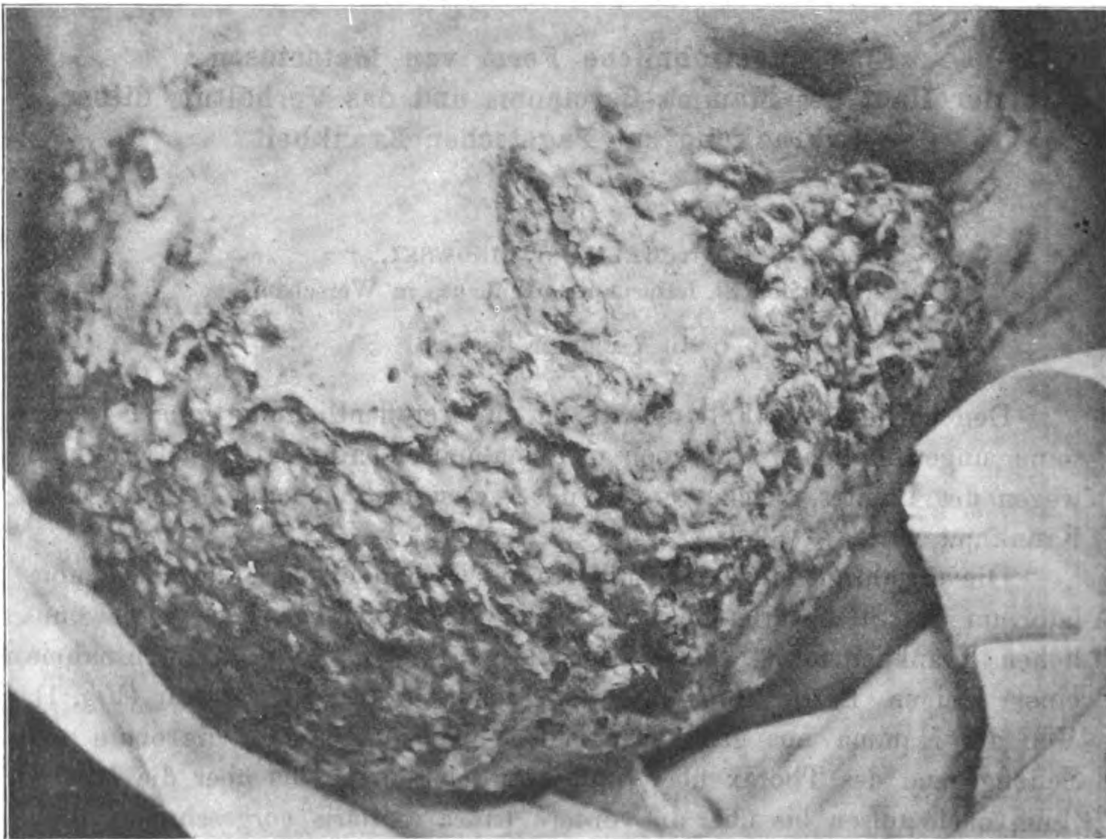


Fig. 1.

Bläschen schienen infolge der roten Basis selbst gerötet. Die dazwischenliegende Haut hatte ein normales Aussehen. Das Volumen der Brust war normal; im Parenchym war ein umschriebener Knoten palpabel. Die Mammilla nicht eingezogen. Unter der linken Achsel, in der Linea axill. anterior eine in der Tiefe fluktuierende, wallnufsgrofse Geschwulst; etwas nach aufsen, unter ihr eine etwa hühnereigrofse, cyanotische, deutlich fluktuierende Geschwulst.

Die Anamnese ergibt folgendes: Schon seit einem Jahre leidet Patientin an beständigen stechenden Schmerzen in den oberflächlichen Teilen

der linken Brustdrüse. Mitte April 1905 traten auf der linken Mamma, drei bis vier Querfinger über der Warze kleine Bläschen auf, welche sich allmählich vergröſserten, dann aufbrachen, zu einer granulierenden Fläche wurden, wodurch binnen drei Monaten die oben beschriebene Exulceration zustande kam. Anfang Juli trat in der linken Achselhöhle eine Geschwulst auf; dieselbe brach alsbald durch und vernarbte; dann bildete sich in der Narbe eine andere Geschwulst, und eine zweite in der Nähe derselben.

Seit einigen Monaten treten heftige Magenstörungen auf. Patientin war früher stets gesund, gebar acht Kinder und abortierte einmal. Gegenwärtig leben drei Kinder, die übrigen starben in jugendlichem Alter an Infektionskrankheiten.

Patientin wurde in das St. Lazarus-Hospital aufgenommen und verblieb dortselbst bis zu ihrem Tode. Der Krankheitsverlauf läſst sich schematisch in zwei Perioden trennen: die erste — mit Bildung von Blasen und stark granulierenden Flächen — dauerte seit Anfang August und ging im November in die zweite über; letztere war durch Zerfall der Blasen und der wuchernden Granulationen charakterisiert und endete Mitte Dezember 1905 mit dem Tode der Patientin. Während der ersten Periode verbreitete sich die Eruption nach oben und nach den Seiten zu auf folgende Art: Auf der linken Mamma, in der Nähe des Geschwürs, zeigten sich rote, linsen- bis zehnpfennigstückgroſse Flecke ohne deutliche Umrisse. Manchmal waren die Flecke auch bedeutend gröſser; am zweiten oder dritten Tage trat gewöhnlich in der Mitte des Fleckes ein anfangs ebenfalls rotes Bläschen auf. Die Blase wurde allmählich gröſser, die Rötung verblaſste und verschwand etwa nach Verlauf einer Woche, oder aber es trat eine bräunliche Verfärbung auf, die bedeutend länger anhielt. In den ersten Tagen war das Bläschen gewöhnlich ziemlich durchsichtig, dann trübte sich sein Inhalt. Nach Verlauf einer oder zweier Wochen, wenn die Blase etwa Erbsengröſse erlangte, füllte sie sich deutlich mit granulierenden Massen und wurde hart. In der darauffolgenden Woche wurde die Blase haselnuſsgroſs und gröſser und platzte schlieſslich. Manche Blasen blieben lange Zeit intakt, füllten sich mit Granulationen und bildeten Geschwülste. Nach dem Durchbruch fiel die Blasendecke ein, die granulierende Fläche teils bedeckend, teils freilegend. Die Granulationen waren für gewöhnlich reichlich, rot und sezernierten trübe, übelriechende Flüssigkeit. Die nach Durchbruch der Blasen entstandenen Ulcerationen flossen mit dem Hauptgeschwür zusammen, und in der Nachbarschaft traten wieder neue Flecke mit frischen Bläschen auf usw. Vor Eruption der Flecke fühlte Patientin gewöhnlich an der betreffenden Stelle ein Stechen und Jucken. Die Effloreszenzen bildeten sich an der linken Brustdrüse unaufhörlich, doch konnte man auch Perioden bemerken, in

welchen ein reichlicheres Auftreten des Exanthems wie Eruption stattfand. Während der ersten Zeit des Aufenthaltes der Kranken im Krankenhause war das Erythem zumeist schwächer, während die Blasen gröfser und härter waren, seltener antrockneten und ohne Verschwärung verschwanden. Später trat das Erythem gewöhnlich reichlicher auf, so dafs die einzelnen Flecke zuweilen zu einer grofsen geröteten mit Bläschen übersäten Fläche konfluierten. Die Quantität derselben war noch bedeutend, wenn auch geringer als früher; nach mehrtägiger Dauer erfolgte meist Resorption der Blasen; zuweilen bildete sich an Stelle des Erythems direkt eine Ulceration. Am Schlusse der beschriebenen Periode (am 18. Oktober) traten in der Schlüsselbeingegend mehrere grofse Blasen auf; eine derselben, um unteren Schlüsselbeinrande, erreichte Hühnereigröfse, zerfiel rasch und vertrocknete. Am 3. Oktober zeigten sich zum ersten Male an der Haut der rechten Brustdrüse drei bis vier Querfinger über der Mamilla rote Flecke; dann traten in gewöhnlicher Weise auf den Flecken Bläschen auf. Letztere erreichten Erbsengröfse, doch füllten sie sich weder während dieser Eruption, noch während der folgenden mit Granulationen, sondern trockneten an. Seit November bildeten sich an Stelle der Flecke Geschwüre, dieselben waren jedoch oberflächlich und drangen selbst im Augenblick des Todes der Kranken nicht in die Tiefe.

Überhaupt konnte man seit November zugleich mit dem Auftreten intensiver Kachexie ein Verschwinden der Vegetationen im Bereiche der Hauptgeschwulst wahrnehmen. Dabei, wie bereits erwähnt, fand auch in den Blasen keine Wucherung statt, sondern entweder kollabierten und vertrockneten die Blasen alsbald, oder aber verwandelte sich ihr Boden in ein zerfallendes Geschwür. Diese Periode der Atrophie war ziemlich kurz, so dafs innerhalb eines Monats die Haut im Bereiche des Hauptgeschwürs vollständig zerstört wurde und zwar bis zum Unterhautfettgewebe, und wie mit dem Messer lospräpariert erschien. Nur an den Geschwürsrändern waren bis zum Tode spärliche, atonische Granulationen sichtbar. Seit Ende November verloren sich allmählich auch die Rötungen; in derselben Zeit traten kachektische Erscheinungen auf, wie Decubitus an den Nates und Schulterblättern, Ödem der linken oberen Extremität, schwacher Puls. Die Mammilla auf der linken Mamma zog sich noch am Ende Oktober ein. Die gröfsere Geschwulst in der linken Achselhöhle entleerte am 16. Oktober ein blutig-eitriges Sekret. An Stelle der Geschwulst bildete sich ein tiefes, kraterförmiges Geschwür von der Gröfse eines Zehnpfennigstückes; letzteres sezernierte dann eitrige übelriechende Flüssigkeit. In der linken Achselhöhle waren auch andere Lymphdrüsen vergröfsert. In der rechten Achselhöhle stellte sich allmählich eine Vergröfserung der Lymphdrüsen zugleich mit dem Auftreten von Effloreszenzen auf der rechten Mamma ein. Der auf schrägem Agar gezüchtete

Blaseninhalt ergab entweder kein Resultat oder Staphylococcus aureus und Streptococcus. Die Kranke starb am 3. Dezember 1905. Die von Dr. STEINHAUS ausgeführte Sektion ergab auf der Brust ein nach rechts hin 10 cm die Mittellinie überschreitendes, nach links bis in die Achselhöhle sich erstreckendes Geschwür. Im Gebiete desselben fehlte die Haut vollständig; das Fettpolster war bloſsgelegt. Der Rand der Ulceration geht fast unmittelbar in die gesunde Haut über. Nur hier und da bildet eine gerötete Zone den Übergang zu gesunden Hautpartien. In der linken Mamma findet man in der Tiefe eine umschriebene, wallnuſsgroſse, mit der Oberfläche durch einen harten Strang verbundene Geschwulst. Auch die rechte Drüse enthält in der Tiefe einen kleinen harten Knoten.

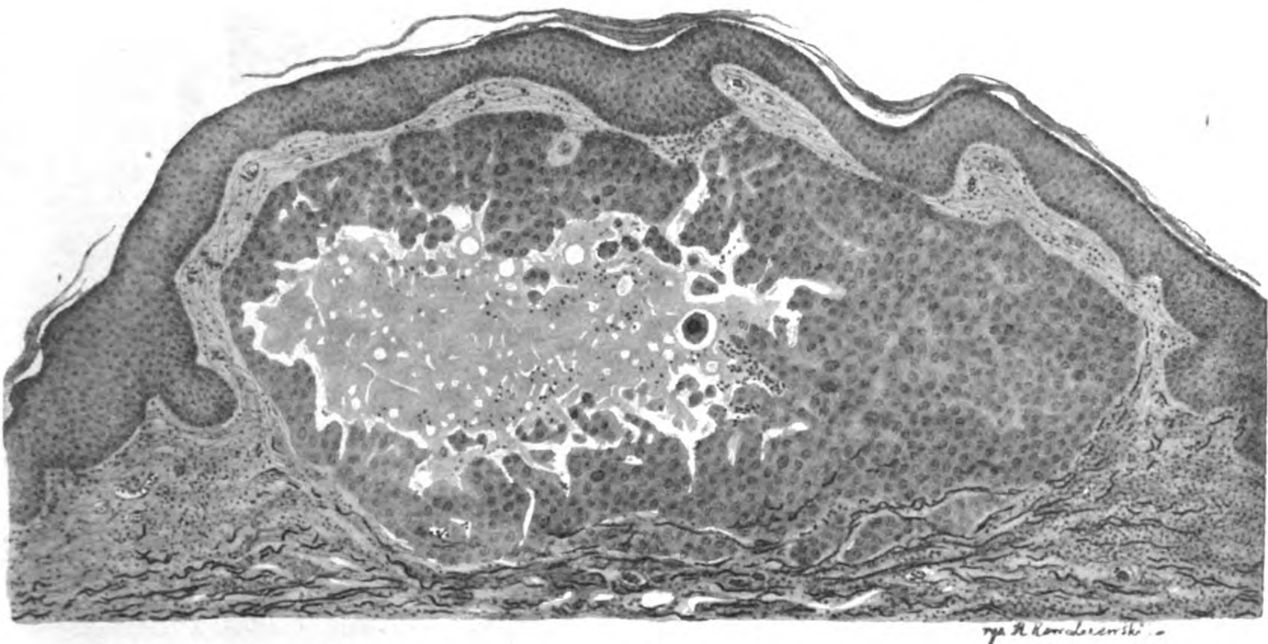


Fig. 2.

Über der rechten Mamma besteht ein ähnlicher 6 × 3 cm groſser Hautdefekt, nur ist er mehr oberflächlich und erreicht nicht das Fettpolster. In der linken Achselhöhle ein tiefes Geschwür mit hartem Grund. In den inneren Organen fanden sich ausschlieſslich senile Veränderungen, sowie sekundäre Folgen früher durchgemachter Krankheiten. Für die mikroskopische Untersuchung wurde sowohl nach dem Tode als auch zu Lebzeiten der Patientin reichliches Material aus beiden Drüsen entnommen, und nach Fixierung in Formalin, in Paraffin eingebettet.

An den Schnitten ist vor allem der Bau der Bläschen bemerkenswert. Die Decke der kleinen Blasen (Fig. 2 u. 3) besteht aus gedehnter Papillarschicht, welche mit gleichfalls ausgedehnter mehrschichtiger Epidermis bedeckt ist. Die Epidermis der Blasendecke ist verdünnt, der

Epithelzapfen fast gänzlich beraubt; sie färbt sich schwächer, zumal in der Stachelzellenschicht, deren Zellen hier und da ihrer Konturen verlustig gehen und samt den Kernen sich zu amorphen Klümpchen gestalten. Unter dem Epithel ist die Papillarschicht gleichfalls gedehnt, so daſs die einzelnen Fasern und Zellen sehr undeutlich sind. Unter der Decke sieht man das Bläschen, dessen anatomische Struktur an den GRAAFschen Follikel etwas erinnert.



Fig. 3.

Die Wand einer solchen Blase besteht aus zwei deutlichen Schichten, nämlich aus einer bindegewebigen Kapsel, welche an der Innenfläche mit mehrschichtigem Epithel bedeckt ist.

Die bindegewebige Kapsel besteht aus gedehnten, geraden elastischen Fasern und spärlichem Bindegewebe mit gequollenen, sternförmigen mit Fortsätzen versehenen Zellen; auſserdem ist dieselbe mit Plasmazellen,

kleinen Lymphocyten und spärlichen neutrophilen Leukocyten mit fragmentierten Kernen infiltriert. Die Blutgefäfse im Bereiche der Kapsel und in der Umgebung erweitert und reich an Leukocyten.

Die tiefste Schicht der epithelialen Auskleidung der Blase besteht aus kurzen Zylinderzellen; darüber befinden sich zwei bis drei und mehr Schichten rundlicher und polyedrischer Zellen. Die Zellen der oberflächlichen Schichten lösen sich des öfteren und liegen solitär oder gruppenweise in der Blase. In den Epithelzellen begegnet man hier und da Karyokinezen, sowohl regelmäfsigen wie unregelmäfsigen (Tryaster, Hyper-

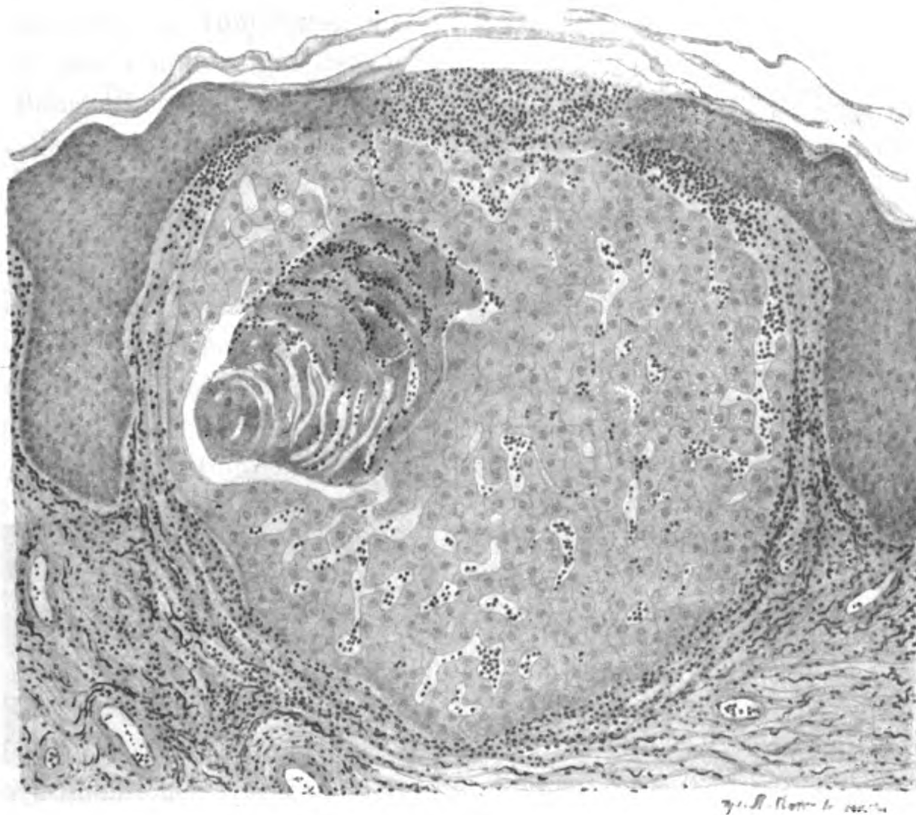


Fig. 4.

chromatosis). Die Zellen der inneren Schichten zeigen stets Spuren regressiver Metamorphose; dieselbe tritt im Zellenleib in Gestalt kleiner oder gröfserer Tropfen auf, welche sich mit zumal saueren Anilinfarbstoffen verhältnismäfsig intensiv färben. Allmählich fliefsen diese Tropfen zu fast homogenen Klümpchen zusammen, indem sie eine zentrale, dicke, visköse Masse bilden. Mikroskopisch erscheint letztere homogen mit zahlreichen rundlichen Vakuolen von verschiedener Gröfse.

Die Masse färbt sich intensiv mit Anilinfarbstoffen, — mit Thionin — rötlich. Aufser vereinzelten Epithelzellen sieht man stellenweise vereinzelte und gruppenweise angeordnete polynukleäre, neutrophile Zellen,

welchen man auch zwischen den Epithelien der Bläschen begegnet. An vielen Stellen findet man Blutaustritte. Die roten Blutkörperchen findet man nicht nur an der Basis, sondern auch in der Mitte und unter der Blasendecke.

Die kleinsten Blasen sind fast vollständig mit degenerierten Epithelzellen gefüllt. (Fig. 4.)

In der Nachbarschaft der Blase, zumal darunter, sieht man in den tieferen Cutisschichten zahlreiche rundliche, ovale, zylindrische usw. Zellen. Diese Herde werden von rundlichen und polyedrischen Zellen und vom Bindegewebe deutlich abgegrenzt. Ferner fällt es auf, dafs die zentralen

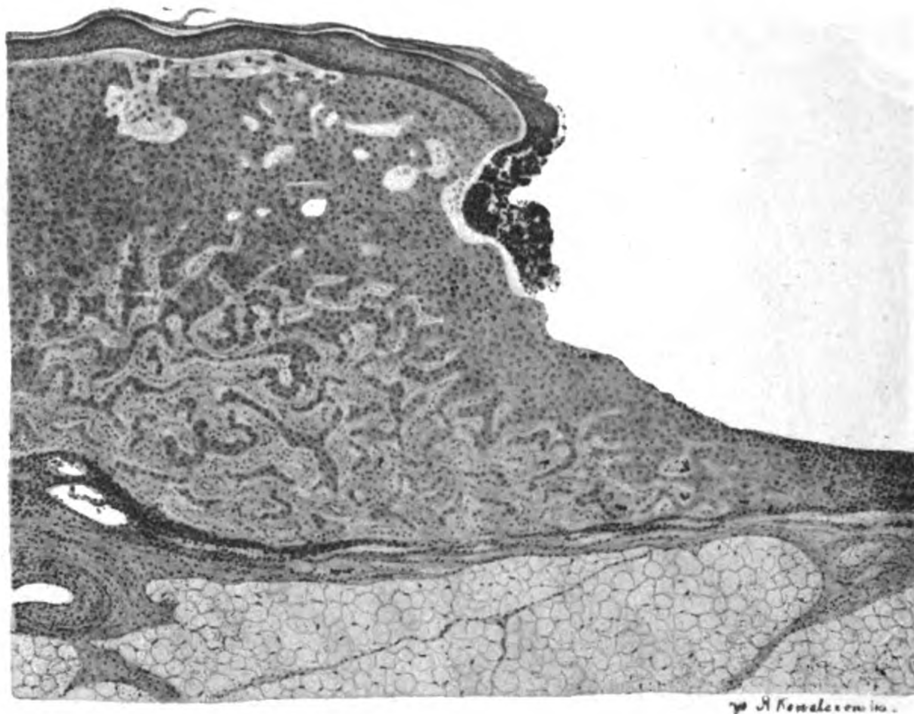


Fig. 5.

Epithelzellen bedeutend gröfser erscheinen und die oben beschriebenen homogenen Tropfen enthalten. Die atypischen Epithelherde sind von einer dünnen Schicht faserigen Bindegewebes umgeben; dasselbe enthält gequollene fixe Bindegewebszellen, Plasmazellen, zahlreiche Lymphocyten und spärliche Mastzellen. Dabei ist die Infiltration am gröfsten an den Seiten der Blasen und in der Nähe der Gefäfse. Überdies geht das Bindegewebe zwischen den Epithelherden hier und da deutlich in Schleimgewebe über; seine Zellen werden sternförmig und erhalten lange Fortsätze; dazwischen befindet sich eine dicke, mit Thionin rötlich gefärbte Flüssigkeit.

Somit zeigt die Blase und ihre Umgebung den typischen Krebsbau; die zentralen Partien der Krebszellen degenerieren kolloidal, und das umgebende Bindegewebe entartet schleimig: Carcinoma colloideum myxomatodes.

In den gröfseren Blasen ist die Epithelauskleidung noch dünner; ja die Blasendecke platzt manchmal mit nachfolgender Umkrämpung der Ränder. Die Zelldegeneration wird stärker, das hyaline Netz quillt auf und enthält gröfsere Vakuolen. Ecchymosen findet man weniger zahlreich, als in kleinen Bläschen. Hier und da sieht man polynukleäre Leukocyten. Die Gefäfse in der Umgebung der Blase sind für gewöhnlich dilatiert, die Infiltration an der Basis und den Seiten meist intensiv, obwohl zuweilen weniger deutlich als in den kleinen Blasen.

Beim Übergang der Epidermis in die Geschwüre (Fig. 5) findet man unter der Epidermis zahlreiche Zellen, welche mit denen identisch sind, die die Blasen auskleiden. Diese epithelialen Herde sind von Schleimgewebe mit sternförmigen Zellen und homogener dicker Flüssigkeit zwischen den auseinandergeschobenen Fasern umgeben. Ähnliche Herde findet man in den oberen Schichten des Geschwürsgrundes. Überdies dringen in diese Herde zwischen das Bindegewebe ähnliche Zellenstreifen hinein; im letzteren sieht man stellenweise reichliche kleinzellige Infiltrate und Ecchymosen.

An den postmortal der Mammageschwulst entnommenen Schnitten sieht man Krebsherde, welche den in der Haut bereits beschriebenen ähnlich sind. (Fig. 6 und 7.) An der Peripherie des Herdes sind die Zellen kurz, zylindrisch, gegen die Mitte gröfser, rundlich oder polyedrisch, im Stadium regressiver Metamorphose. Eine von der Membrana propria stammende Haut umgibt diese Herde. Letztere ist ringförmig, schleimig, mit Sternzellen und homogener Masse zwischen den auseinandergeschobenen Fasern. Hier und da sind Reste von Drüsengewebe erhalten und bilden einen allmählichen Übergang zu Krebsherden: zum Teil hängen die Krebsherde mit den Drüsengängen zusammen. Seltener wachsen die Krebsmassen in die Gefäfse hinein. Die elastischen Fasern der Drüse verhalten sich folgendermafsen: zunächst werden sie dicker und weniger geschlängelt, dann grobkörnig und schliefslich zerfallen sie. Die kleinzellige Infiltration ist hier schwächer als in der Haut.

Das Geschwür in der Achselhöhle gleicht mikroskopisch dem auf der Milchdrüse.

Soweit haben wir es in unserem Fall mit einem Carcinoma colloideum myxomatodes der Mamma zu tun, welches auf dem Lymphwege Hautmetastasen von identischem Bau verursachte. Die unter der Epidermis wuchernden Krebsmassen unterlagen rasch einer kolloidalen Entartung; ihre Einschmelzung fand zunächst im Zentrum des Herdes statt, es

bildeten sich Blasen, wobei die daraus entstehenden Geschwüre zuweilen mit Eiterbakterien infiziert wurden. Die Blasen platzten, die an ihrer Basis wuchernden Krebsmassen wurden freigelegt. Mit einem Worte erinnerte das klinische Bild der Metastasen des Carcinoma colloideum myxomatodes der Mamma gewissermaſsen an das Erythema bullosum vegetans.

Das Aussehen der in den Krebskugeln sich ansammelnden Flüssigkeit beweist, daſs dieselbe ausschlieſslich von einer regressiven Metamorphose der Krebszellen stammt. Mikroskopisch besteht diese Flüssigkeit aus einer homogenen, glänzenden Masse mit zahlreichen Vakuolen, während gewöhnliches Transsudat oder entzündliches Exsudat eine mehr oder weniger fein-

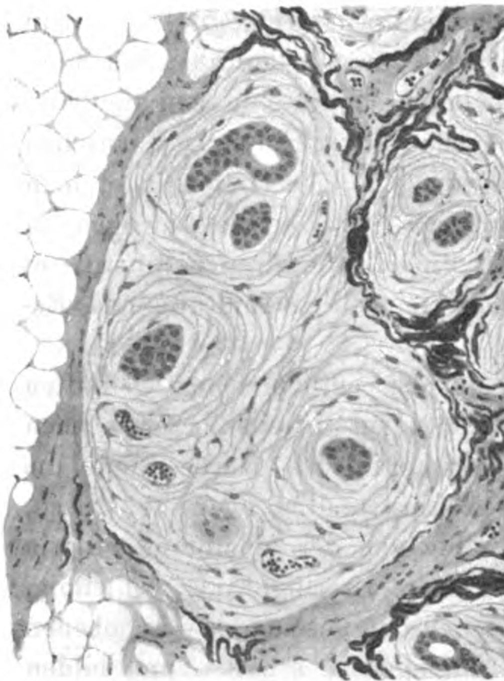


Fig. 6.



Fig. 7.

körnige in den Höhlen oder Gewebsspalten befindliche Masse darstellt. Es entsteht die Frage, ob alle Blasen in der Haut auf dem beschriebenen Wege entstanden sind? Manche von ihnen schossen rasch an Stelle der Rötung auf, um dann alsbald auszutrocknen und zu verschwinden. Diese Blasen könnte man auf einfache Entzündung zurückführen. Da am Boden der Geschwüre und im Blaseninhalt Eitererreger nachgewiesen wurden, so könnte man annehmen, daſs diese Keime auf dem Lymphwege in die umgebende Haut gelangten, sich dort vermehrten und eine Entzündung in Gestalt gewöhnlicher Blasen hervorriefen. Ich muſs jedoch hinzufügen, daſs obige Annahme durch die mikroskopische Untersuchung kein einziges Mal bestätigt wurde. Dasselbe betrifft die sonst sehr verlockende Hypo-

these über die Entstehung der Blasen infolge von Carcinomembolien in den feinsten Arterien.

Der beschriebene Fall steht der sogenannten PAGETschen Krankheit aufserordentlich nahe. Dieselbe betrifft meist Frauen, welche das 40. Jahr überschritten haben. Bei Männern wurden nur wenige Fälle beschrieben (auf der Brust, am Perineum, Penis, Scrotum).

Der Prozefs beginnt gewöhnlich an der Brustwarze oder deren Umgebung.

Es entsteht ein hartnäckig wiederkehrender Schorf oder eine Schrunde, wobei die Warze allmählich eingezogen erscheint. Das Leiden breitet sich aus, in der Umgebung der Warze bildet sich eine scharf abgegrenzte, rote, teils trockene, schuppende, teils nässende Zone. Dieselbe vergröfsert sich gewöhnlich in der Peripherie, seltener metastatisch; sie bildet quasi einen Satelliten des Hauptprozesses, allmählich treten an der Krankheitsstelle oberflächliche, dann tiefere Geschwüre auf. Häufig tritt zu gleicher Zeit oder schon früher an der betreffenden Stelle ein Brennen und Jucken auf; der Prozefs heilt spontan niemals aus und ist gegen ekzematöse Therapie sehr rebellisch. Nach einiger Zeit, nach Monaten, bis 20 oder selbst 30 Jahren bemerkt man in der Tiefe der Drüse eine Geschwulst; auf ihrer Oberfläche bilden sich tiefe Exulcerationen von carcinomatösem Charakter. Die Lymphdrüsen schwellen gewöhnlich erst im Endstadium der allgemeinen Krebskachexie.

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Epidermis bieten nichts Charakteristisches. Man begegnet Zellen im Stadium der Dyskeratose, von welchen im Falle der DARIERschen Krankheit bereits die Rede war. Die Epithelzapfen sind entweder kleiner oder länger, wie zum Abschnüren bereit. Die Cutis mächtig infiltriert. Die Infiltration besteht hauptsächlich aus Plasmazellen und bildet häufig ein sogenanntes Plasmom. Die Blutgefäfse dilatiert, inmitten eines Infiltrates. Die Drüsengänge in der oberen Partie dilatiert und des öfteren mit atypischen Epithelzellen und sogenannten Pseudococcidien gefüllt. Zwischen den Milchgängen häufig Infiltrate. Das Carcinom bei der PAGETschen Krankheit ist entweder deutlich gelappt mit Epidermiskörperchen (globes épidermiques) oder es bildet zylindrische Stränge aus Zellen im Zustand von Dyskeratose; zuweilen ist der Krebs alveolär. Nach DARIER entsteht das Carcinom entweder aus wuchernden Epithelzapfen oder aus Milchgängen.

Bezüglich der Pathogenese der PAGETschen Krankheit existieren mehrere Hypothesen.

Abgesehen von der psorospermotischen Theorie von DARIER, welche in letzterer Zeit selbst von ihrem Begründer verlassen wurde, verdient vor allem jene Ansicht Beachtung, nach welcher die PAGETsche Krankheit ein Ekzem der Mamma wäre. Was die Beziehungen dieses Ekzems

zum Carcinom betrifft, so entsprechen sie der Krebsbildung bei Lupus oder auf einer luetischen Leukoplakia oris; somit wäre der Krebs eine accidentelle Komplikation. Diese Theorie wurde hauptsächlich durch KAPOSI und seine Schule vertreten. Andere Autoren, wie UNNA und in letzterer Zeit DARIER halten die PAGETsche Krankheit für ein spezielles Leiden, welches vom Ekzem und Krebs wohl verschieden ist, nicht notwendig zu Krebs führt, jedoch einen Boden für carcinomatöse Degeneration abgibt.

In der letzten Zeit erwarb sich viele Freunde die Theorie, nach welcher bei der PAGETschen Krankheit vom ersten Anfang an ein Hautcarcinom auftritt (KARY, TÖRÖK, TOMMASOLI, BENJAMINS, EHRHARDT, NEISSER, JADASSOHN, MATZENAUER, TSCHENEW). Von den älteren Autoren plädieren THIN und VIDAL, von den neueren SCHULTZE und JAKSON für ein primäres tiefes Mammacarcinom.

Was die erste dieser Hypothesen betrifft, so mufs betont werden, dafs der Morbus Pageti vom Beginn an sich vom Ekzem durch eine scharf abgegrenzte, selbst ohne Betasten wahrnehmbare Infiltration der Haut charakterisiert.

Diese Symptome bot der am 10. Januar 1900 in der Wiener Dermatologischen Gesellschaft von MATZENAUER demonstrierte Fall, welchen ich persönlich zu beobachten die Gelegenheit hatte. In diesem Falle begnügte sich KAPOSI mit der Diagnose Eccema mammae und empfahl eine entsprechende Behandlung. Nach zweimonatlicher Behandlung mit Teer und Salben wurde die Drüse von MOSETIG amputiert; nach einigen Monaten wurde Patientin abermals wegen ausgedehnter krebsiger Infiltration der Drüsen in der Achselhöhle operiert. Das Auftreten des Carcinoms bei der PAGETschen Krankheit ist nach Verlauf kürzerer oder längerer Zeit ein konstantes Symptom; somit hängen wohl alle die Hautsymptome vom Carcinom ab.

Andererseits sprechen die so oft selbst in den Frühstadien auftretenden atypischen Epithelherde im Bereiche der Milchgänge für die Lokalisation des Leidens ebendort. Dafür spricht auch das frühzeitige Einziehen der Brustwarze, dabei ist stets, zuweilen sogar sehr frühzeitig eine Krebsgeschwulst in der Tiefe tastbar. Dieser Umstand spricht auch für das Wachstum des Krebses aus der Tiefe gegen die Oberfläche, und nicht umgekehrt, denn, nach VIRCHOW, begegnet man in den vom primären Carcinom häufig befallenen Organen, sehr selten sekundären Geschwülsten. Für primäres Carcinom der Mamma bei PAGETscher Krankheit spricht auch unser Fall. Es ist dies zweifellos ein Morbus Pageti: seine Eigentümlichkeit besteht in den bis jetzt, wie mir scheint, noch nicht beschriebenen Blasen, welche sich rasch mit Wucherungen füllten. Dieser Unterschied ist jedoch nicht wesentlich und hängt von der ungewöhn-

lichen Form des primären Carcinoms und den regressiven Veränderungen ab.

Diese Ansicht über den Morbus Pageti gibt gewisse therapeutische Anhaltspunkte, nämlich die Notwendigkeit einer frühen Amputation der Mamma. Der Erfolg dieser Behandlung wird wohl insofern gute Resultate liefern, als die benachbarten Lymphdrüsen gewöhnlich spät befallen werden. Eine vorübergehende Besserung wurde auch durch X-Strahlen erzielt.

Die anatomisch-pathologischen Untersuchungen habe ich im Laboratorium des Kollegen Steinhaus begonnen und im Institute des Professors Przewoski beschlossen.

Literatur:

Paget, On disease of the mammary areola preceding cancer of the mammary gland. Saint-Bartholomäus hosp.

Thin, On the connection between disease of the nipple and areola, and tumours of the treast. *Trans. of the Path. Soc. of London.* 1881.

Wickham, *Maladie de la peau dite Maladie de Paget.* 1880.

Crocker, Affection of the scrotum resembling Pagets disease of the nipple. *Lancet.* 1888.

Kary, Über das Carcinom. *Zeitschr. f. Chir.* 1892. Bd. 34.

Kracht, Fall von Pagetscher Krankheit. *Dermat. Zeitschr.*

Pick, Über die Befunde von Psorospermien in einem Falle von Pagetscher Krankheit. *Prag. med. Wochenschr.* 1891.

Ravogli, Die Ätiologie der Pagetschen Krankheit. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1894.

Unna, Pagets Carcinom der Brustwarze. *Histopath. d. Hautkrankh.*

Matzenauer, Pagets Disease. *Monatsh. f. prakt Derm.* Bd. 35.

Török, Die protozoenartigen Gebilde des Carcinoms und der Pagetschen Krankheit. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1893.

Kaposi, *Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten.* 1899.

Dühring, Zwei Fälle Pagetscher Krankheit. *The americ. journ. of the med. sciences.* 1883. (Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.*)

Hallopeau et Leredde, *Traité prat. de derm.* 1900.

Lustgarten, Fall von Pagetscher Krankheit. *Journ. of cutaneous and genito-urinary diseases.* 1897.

Fabry-Dommagne, *Les cancers épithel.* Paris 1898.

Darier, Sur une nouvelle forme de protospermose ou maladie de Paget. *Bull. méd.* 1889. Maladie de Paget.

Neisser und Jadassohn, *Handbuch zur Erlernung der Hautkrankheiten.*

Lang, *Lehrbuch der Hautkrankheiten.* 1902.

Vignolo-Lutati, Über einen seltenen Fall von Pagetscher Krankheit. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 42.

Schultze und Jakson, A case of Pagets Disease of the nipple. *Journ. of cutan. dis.* Bd. XXI. 1903.

Jungmann und Pollitzer, Über Pagets Disease. *Derm. Zeitschr.* 1905.

Tschlenow, Über die Pagetsche Krankheit. *Derm. Zeitschr.* 1905.

HARTZELL, Zwei Fälle von PAGETS Disease, mit X-Strahlen behandelt, und Bericht über den mikroskopischen Befund in einem derselben nach lange fortgesetzter Behandlung. *Ther. journ. of cutan. diseases including syphilis.* (Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 43, Nr. 5.)

AUDRY, Sur un cas d'epithéliomatose de PAGET à forme pigmentaire. *Annales de derm. et de syph.* 1906.

MALINOWSKI, Die DARIERsche Krankheit. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 43. 1906.

Aus der dermosyphilopatischen Abteilung des „Ospedale Maggiore" in Mailand.
Geleitet von Dr. A. BERTARELLI.

Über das senile Angiom des freien Lippenrandes.

Von

Dr. A. PASINI,

Privatdozent für Dermatologie und Syphilographie an der Universität Parma.

(Fortsetzung und Schlufs.)

Mit einer Tafel.

Aus den obigen klinischen und histopathologischen Tatsachen geht hervor, dafs es sich hier um eine bisher in den dermatologischen Lehrbüchern nicht beschriebene Veränderung des freien Lippenrandes handelt, die sich durch besondere klinische und anatomische Merkmale auszeichnet.

Hauptsächlich besteht die Veränderung in einer angiomatösen Bildung, die im vorgerückteren Alter beobachtet wird, in der Dicke des freien Randes der Unterlippe ihren Sitz hat und welche ihren Grund in der besonderen Verteilung der Blutgefäfse an dieser Stelle hat. Sie ist völlig unabhängig von jeder anderen Störung des Zirkulationsapparates. Aus diesen Gründen glaube ich, dafs man sie am vorteilhaftesten als **seniles Angiom des freien Lippenrandes** bezeichnen könne.

Ihre klinischen Merkmale und anatomo-pathologischen Eigenschaften lassen sich in folgender Weise zusammenfassen:

Das Angiom des freien Lippenrandes ist eine Veränderung von langsamem Verlaufe und unbegrenzter Dauer, die am freien Rande der Unterlippe bei Individuen im vorgerückten Alter auftritt. Bei vorgeschrittener Entwicklung zeigt sie eine halbkugelige Gestalt mit etwas

abgeflachter Spitze, etwas wellenförmiger Oberfläche und leicht gefransten Umrissen. Sie ist gegen den normalen freien Rand scharf abgegrenzt, indem sie sich plötzlich erhebt und sich auch in der Farbe von der Umgebung unterscheidet. Die Dimensionen variieren von 2—6 mm im transversalen und von 1—3 mm im vertikalen Durchmesser. Die Oberfläche ist glatt und der epitheliale Überzug zeigt niemals Erscheinungen von Hyperkeratose. Durch ihre intensiv rötlich-cyanotische Färbung sticht sie scharf von den übrigen schwach bläulichen Abschnitten des Lippenrandes ab. Die cyanotische Färbung ist jedoch nicht gleichmäfsig über die ganze Erhabenheit verteilt, indem sie an den Rändern abnimmt und ins Grauliche übergeht. Übt man mit dem Diaskop einen Druck auf dieselbe aus, so verschwindet sie, wobei die Färbung ebenfalls an Intensität abnimmt. Die Umrisse verhalten sich in verschiedener Weise: meist behalten sie ihre scharfe Abgrenzung bei, oder sie werden im Gegenteil noch schärfer. Seltener treten dabei periphere Verästelungen auf, die einen eigentümlichen Verlauf gegen den freien Rand zu zeigen. Sobald man mit dem Druck nachläfst, nimmt die Veränderung ihr früheres Aussehen rasch wieder an.

In den meisten Fällen ist nur ein Tumor vorhanden, der im mittleren Teile einer Hälfte des freien Randes der Unterlippe lokalisiert ist und zwar näher an der Haut als an der Schleimhaut. Es kann aber auch jeder andere Abschnitt des Lippenrandes befallen sein. Ausnahmsweise besteht gleichzeitig auch auf der angrenzenden Schleimhaut eine identische Veränderung; noch seltener ist eine Lokalisation der Neubildung auf der Oberlippe (ein einziger Fall).

Die Veränderung beschränkt sich nicht immer auf eine einzige angiomatöse Bildung; es können deren zwei oder sogar mehrere bestehen und zwar von gleicher oder verschiedener Gröfse, die eine neben der anderen gelegen oder durch einen freien Zwischenraum voneinander getrennt. Doch auch dann, wenn sich zwei derartige Neubildungen in nächster Nähe befinden, behalten sie ihre Selbständigkeit bei.

Wenn der untere freie Rand von der beschriebenen Veränderung befallen ist, so hat er gewöhnlich kein normales Aussehen. Er ist etwas aufgetrieben, hat eine bläulich-weifsliche Färbung und besitzt auf der Oberfläche zahlreiche feine Fältelungen, die in der Richtung von vorn nach hinten verlaufen. Es besteht somit eine gewisse Trägheit in der Blutzirkulation. Die Turgeszenz erleidet zeitweise gewisse vorübergehende Veränderungen, die aus noch unbekannten Ursachen eintreten. Entzündliche Infiltration wird nirgends beobachtet. Schmerzen fehlen, seien es spontane oder bei Ausübung von Druck auf die Läsion. Allgemeine oder lokale subjektive Beschwerden verursacht die Affektion keine.

Sie tritt gewöhnlich zwischen dem 50. und 60. Altersjahre auf. Es

zeigen sich zuerst am unteren freien Lippenrande ein oder mehrere kleine, bläuliche, unter der Epidermis gelegene Fleckchen, von der Gestalt und Gröfse eines Stecknadelkopfes; sie nehmen langsam an Umfang zu und verwandeln sich im Verlaufe von Wochen oder Monaten in eine mehr oder weniger kugelförmige Erhabenheit.

Immer verläuft aber der Prozefs nicht ganz in dieser Weise. Zuweilen geschieht es nämlich, dafs das eine oder andere dieser Fleckchen einige Wochen oder Monate nach deren Entstehung abtrocknet, sei es nun spontan oder infolge eines Trauma. Es kommt dann zur Bildung einer hämorrhagischen Borke, die spontan abfällt und eine kleine eingesunkene Narbe zurückläfst. Diese Erscheinung geht dem Auftreten dauernder Läsionen voraus.

Wenn die Läsion einmal ihre vollständige und typische Entwicklung erreicht hat, bleibt sie in diesem unveränderten Zustande für unbegrenzte Zeit bestehen. Spontane Hämorrhagien mit Blutaustritt nach aufsen wird niemals beobachtet.

Die histologischen Veränderungen der Läsion bestehen in einer enormen Dilatation der Venen, die zwischen den Bindegewebsbündeln verlaufen, die sich etwas unterhalb des lakunären Systems hinziehen, das für den freien Rand charakteristisch ist. Von oben nach unten vorgehend, konstatiert man den folgenden Befund:

Der Epithelialüberzug ist über die ganze Oberfläche der angiomatösen Höhle etwas verdünnt; auf der freien Fläche ist sie flach, mit kaum angedeuteter wellenförmiger Krümmung. Der Papillarkörper ist ebenfalls verdünnt und besteht aus einer homogenen Substanz, die sehr reich ist an kleinen, kaum färbbaren Kernen. Die lakunären Erweiterungen des Papillarkörpers sind aufserordentlich stark entwickelt und in Gestalt eines weitmaschigen Netzes verteilt, das sich parallel zur epithelialen Oberfläche ausbreitet; diese Hohlräume kommunizieren untereinander und sind mit normal aussehendem Blute angefüllt. Die Bindegewebsbündel sind an Anzahl und Dicke vermindert; stellenweise, besonders in der Nähe der Hautgrenze, lassen sich Zonen erkennen, wo sich das Kollagen in Kollacin und Kollastin umgewandelt hat. Das elastische Gewebe ist ungleich verteilt und erhalten: stellenweise sind die Fasern vollständig verschwunden, an anderen Stellen sind sie nicht mehr acidophil, sondern basophil geworden; wieder an anderen sind sie verdickt, aufgefasert, mit Diffusion des Elastins ins Bindegewebe hinein. Die adipösen Bezirke sind beinahe vollständig verschwunden.

Mitten in dem veränderten Bindegewebe verlaufen zahlreiche Venen mit der charakteristischen Struktur dieser Gefäfse, bevor sie sich in das

feine Kapillarnetz auflösen. Verfolgt man die Venen durch die Schnittserien hindurch, so sieht man, daſs die eine oder die andere derselben sich ganz plötzlich erweitert unter ganz beträchtlichen Veränderungen der Wandungen. Die Tunica interna behält durchwegs ihren epithelialen Überzug bei, ebenso die dünne Schicht von lockerem Bindegewebe, die ihm als Stütze dient. Die Tunicae externa und media dagegen sind auſserordentlich verdünnt und bis auf eine äuſserst feine Membran reduziert, die aus Bindegewebszellen mit spärlichen, glatten Muskelfasern, ohne elastische Fasern besteht.

Diese Veränderungen sind aber nicht gleichmäſsig über den ganzen Verlauf der dilatierten Vene verteilt: mitten in breiten Bezirken mit in oben beschriebener Weise veränderten Gefäſsen, sieht man ab und zu kleine Abschnitte, wo die Venenwandung ihre normale Beschaffenheit beibehalten hat, was sich deutlich an der charakteristischen Verteilung des elastischen Gewebes in konzentrischen Ringen erkennen läſst.

Die Gefäſserweiterung erreicht rasch einen maximalen queren Durchmesser von 1—3 mm und behält diese Dimension auf eine Strecke von 3—6 mm, worauf sich das Gefäſs wieder verengert und ebenso plötzlich die normalen Maſse und Verhältnisse wieder annimmt. Die Gestalt dieser Erweiterungen ist nicht immer eiförmig, sie ist vielmehr nicht selten unregelmäſsig, indem der durch sie umschlossene Hohlraum eine oder mehrere Einschnürungen zeigt, wobei die beiden Einmündungen der normalen Gefäſsabschnitte nahe aneinander liegen. Der Hohlraum ist mit Blut angefüllt, das aus vollkommen gut erhaltenen roten Blutkörperchen und Leukocyten besteht, deren Zahl gegenüber dem zirkulierenden Blute etwas vermehrt ist. Zuweilen kommt es an der tiefst gelegenen Stelle der Dilatation zu einer Ansammlung polynukleärer und neutrophiler Leukocyten. Fibrinöse Niederschläge oder frisch entstandene resp. organisierte Thromben werden nirgends beobachtet.

Es besteht bald nur eine einzige solcher Erweiterungen, bald aber sind gleichzeitig mehrere Venen befallen, die sich im gleichen Bezirke des freien Lippenrandes befinden. In letzterem Falle sind die Hohlräume einander genähert und durch dünne Scheidewände aus Bindegewebszellen getrennt, die einen Überrest der veränderten Gefäſswandung repräsentiert.

Zerreiſsung der so veränderten Venenwandungen ist ein seltenes Ereignis: wo dies stattgefunden hat, verbreitet sich das ausgetretene Blut ganz unregelmäſsig zwischen den Bindegewebsfasern, ohne sich aber weit von der Riſsstelle zu entfernen.

Das Bindegewebe, das sich in unmittelbarer Nähe der veränderten Gefäſse befindet, zeigt keine besonderen und konstanten Erscheinungen von Entartung.

Vergleicht man nun den klinischen und den histologischen Befund, so findet man eine große Übereinstimmung zwischen denselben, indem jedes klinische Symptom ihre Existenzberechtigung in einer entsprechenden anatomischen Tatsache findet.

Die kuglige Erhabenheit von rot-cyanotischer Farbe ist das Produkt der außerordentlichen Erweiterung einer oder mehrerer Venen, die durch die tieferen Gewebe des freien Lippenrandes verlaufen. Seine intensiv rot-cyanotische Färbung ist die Folgeerscheinung einer Verdünnung der Gefäßwandung und der Verlangsamung des Blutstromes.

Die angiomatöse Dilatation komprimiert die umliegenden Gewebe und strebt nach der Oberfläche des freien Lippenrandes, welcher letztere ihr nur einen schwachen Widerstand entgegensetzt. Infolge der Kompression kommt es in der ganzen Umgebung zu Erscheinungen von Ischämie und Atrophie. Aus diesem Grunde ist denn auch die rot-cyanotische Färbung am ausgesprochensten in der Mitte der Erhöhung, wo die Kompression am bedeutendsten ist. An den Rändern und zuweilen auch an den zentraler gelegenen Einsenkungen ist die Färbung weniger intensiv und geht ins Grauliche über; histologisch konstatiert man dort, wo die Kompression nicht so ausgesprochen ist, nur Erscheinungen von Ischämie ohne Atrophie der Gewebe; in den zentralen Partien der Bildung entsprechen die graulichen Abschnitte den Stellen, wo zwei und mehrere Gefäßerweiterungen aneinander stoßen, wo der Druck also ebenfalls weniger stark ist.

Unter dem Drucke des Diaskops treten in der Regel die Ränder der Geschwulst deutlicher hervor. Dies kommt in folgender Weise zustande: Einmal erhalten die Gewebe durch diesen künstlichen Druck eine höhere Transparenz; dann bildet der angiomatöse Hohlraum ein umschriebenes Ganzes und die Venenwandungen bleiben trotz ihrer hochgradigen Verdünnung doch unversehrt. Was endlich die etwas bläuliche Verfärbung, die sich über den ganzen freien Lippenrand ausdehnt, anbelangt, so ist dieselbe ein Folgezustand der geringgradigen Blutstagnation im ganzen oberflächlichen lakunären Netze dieser Gegend.

Die Resultate der klinischen und anatomischen Untersuchung stimmen also, wie bereits oben angedeutet, genau mit einander überein und erklären sich gegenseitig; beide lassen sich auf gemeinschaftliche ätiologische Momente zurückführen, worunter das wichtigste das vorgerückte Alter der Patienten ist.

Von den 1768 Erwachsenen, die ich untersucht habe, hatten 1320 das 60. Jahr überschritten; bei 50 derselben habe ich die Affektion angetroffen. Ein Fall betraf eine 44jährige Frau, zwei andere, Personen von 51 Jahren, einer einen Mann von 55, drei fernere Leute von 56 Jahren. Die übrigen Fälle verteilten sich wie folgt: 18 derselben

waren in einem Alter von 60—70, 15 befanden sich zwischen dem 70. und 80., fünf zwischen dem 80. und 90. Daraus folgt, dafs die Affektion am frühesten im 44. und am häufigsten vom 60. Jahre an beginnt; von diesem Alter an findet man sie in 2,9% der Fälle.

Das weibliche Geschlecht ist häufiger betroffen als das männliche, und von meinen 50 Patienten waren 34 Frauen, 26 Männer.

Mit einer bestimmten oder konstanten Erkrankung der inneren Organe scheint sie in keiner Beziehung zu stehen. Ich habe sie selbst sowohl bei gesunden als bei Personen mit den verschiedensten Läsionen der inneren Organe angetroffen. In allen meinen Fällen habe ich mit besonderer Sorgfalt den Zustand des Zirkulationssystems untersucht; bei einigen habe ich eine Abschwächung des Herzschlags, bei wenigen anderen mehr oder weniger ausgesprochene Erscheinungen von Arteriosklerose und nur bei vier Individuen das Vorhandensein von Varicen der unteren Extremitäten konstatiert. In sechs weiteren Fällen bestanden auf dem Rumpfe (Thorax, Abdomen) einige ganz kleine, subepidermale, rundliche, flache, rubinrote Angiektasien. Es ist dies aber eine sehr häufige Erscheinung bei älteren Individuen, und ich habe sie auch bei Leuten angetroffen, die kein Angiom des freien Lippenrandes aufwiesen.

Absolut normale Verhältnisse des Organismus findet man jedoch bei unseren Patienten doch nicht. So sagte mir denn die Vorsteherin des Altersasyls der Piccole Suore francesi, anläfslich meines Besuches in dieser Anstalt: „Vous avez justement choisi ceux qui, sans avoir une vraie maladie, ont toujours quelque dérangement et passant l'année entière à l'infirmerie." Auch im anderen Versorgungsasyl habe ich eine ganze Reihe von Leuten gefunden, die sich in einem ziemlich dekrepiden Zustande befanden, ohne dafs sie an einer bestimmten Affektion litten. Im Mailänder Ospedale Maggiore habe ich die meisten Fälle, die uns hier interessieren, in den Sälen der Chronischen und bei Patienten gefunden, deren Ernährungs- und Kräftezustand stark heruntergekommen war, mit leichten Veränderungen in fast allen Organen. Das Angiom des freien Lippenrandes ist somit zu betrachten als eine Veränderung, welche meist Personen mit stark heruntergekommenem Allgemeinzustand befällt, als ein Symptom rasch fortschreitender Involution des Organismus.

Wie entwickelt sich nun die Affektion auf dem Boden dieser für die Entfaltung jener regressiven Veränderungen günstigen Verhältnisse?

Eine passende Erklärung hierzu finden wir nach meiner Ansicht in der Zusammenwirkung der obengenannten ätiologischen Momente und der speziellen anatomischen Verhältnisse des freien Lippenrandes. Die arterielle Zirkulation ist in dieser Region spärlich vertreten, während die venöse sehr entwickelt ist. Letztere besteht aus einem System von laku-

nären Dilatationen, die sich in Gestalt eines Netzes im Papillarkörper ausbreiten und deren Wandungen aus Bindegewebszellen gebildet sind, die auf der inneren Seite mit Endothelien überzogen sind. Das Blut kreist sehr langsam in diesen erweiterten Gefäfsen, sei es nun aus Mangel einer wirksamen „vis a tergo“ in den Arterien, sei es wegen des Fehlens jeder Tonizität der Wandungen. Der Rückflufs geschieht durch Vermittlung zahlreicher Venen, mit gut differenzierten Wandungen, die reichlich mit elastischen Fasern ausgestattet sind und inmitten eines reichlichen und kompakten Bindegewebes verlaufen.

Bei älteren Individuen und bei Greisen kommt es am Lippenrande, wie auf der ganzen Haut, zu Veränderungen. Dieselben bestehen in klinischer Hinsicht in dem Verluste der Tonizität und vom histologischen Standpunkte aus in einer ausgesprochenen Degeneration mit Schwund des elastischen Gewebes und in einer weniger ausgesprochenen Entartung mit Atrophie des Kollagens. Diese Veränderungen sind immer am ausgesprochensten am freien Rande der Unterlippe bei Individuen mit heruntergekommenem Allgemeinzustande.

Infolge dieser regressiven Veränderungen erfolgt im freien Rande, besonders der Unterlippe, eine Verlangsamung des Kreislaufes. Die kleineren Arterien verlieren ihre Tonizität vollständig und die „vis a tergo“ im Blute der lakunären Dilatationen nimmt noch mehr ab. Hier führt aber die Druckvermehrung zu keinen schweren Veränderungen, sei es nun wegen der bedeutenden Ausdehnung der Oberfläche, über welche sich dieselbe ausdehnt, sei es wegen des Umstandes, dafs die Bindegewebszellen, welche die Wandungen zusammensetzten, erhalten geblieben sind. Anderenfalls kommt ein venöser Rückflufs zustande. Hier konstatiert man zweierlei Tatsachen, die sich aus der histologischen Untersuchung gut ableiten lassen: der Schwund des elastischen Gewebes in einer umschriebenen Zone einer oder mehrerer Venen, die Degeneration und Atrophie der Bindegewebsfasern, zwischen denen die Gefäfse verlaufen und den letzteren als Stützgewebe dienen. Es hat deshalb nichts Sonderbares an sich, dafs diese veränderten Druckverhältnisse im Blutgefäfssysteme, in den Venenwandungen und im umliegenden Gewebe zur Bildung von angiomatösen Hohlräumen führen. Demnach ist das Angiom des freien Lippenrandes eine Dilatation einer oder mehrerer Venen, verursacht durch das Verschwinden des elastischen Gewebes aus deren Wandungen, durch eine Degeneration und Atrophie des umliegenden Gewebes und durch eine Vermehrung des lokalen Blutdruckes.

Nun drängt sich die Frage auf, welche Ursachen einer solchen Veränderung zugrunde liegen. Hier läfst uns die objektive Untersuchung im Stiche und liegt das Feld der Hypothesen offen. Die Tatsache jedoch,

dafs man sie hauptsächlich an der Unterlippe antrifft, wo Traumata beständig vorkommen, dürfte wohl darauf schliefsen lassen, diesen letzteren die Hauptrolle bei der Entstehung der Affektion zuzuschreiben. Für diese Auffassungsweise spricht ferner der Umstand, dafs der Tumor meist an jenen Stellen des freien Lippenrandes auftritt, die bei der Einführung der Nahrung am meisten äufseren Reizen ausgesetzt sind.

Ist denn eigentlich die soeben beschriebene Affektion einer besonderen Erwähnung unter den bereits bekannten vaskulären Dermatosen wert?

Entschieden, wenn wir einen kurzen Blick auf die letzteren werfen. Die vaskulären Dermatosen sind entweder angeboren oder erworben. Von den ersteren, oder Naevi vasculares, unterscheidet sich das Angiom des freien Lippenrandes durch dessen Auftreten im vorgerückteren Alter. Von den erworbenen (sowohl primären als sekundären) unterscheidet sie sich ebenfalls und zwar von den sekundären, indem sie keine bestimmte Affektion der Haut, des Gefäfssystems, der Eingeweide usw. weder begleitet, noch einer solchen vorangeht oder nachfolgt; von den primären durch ihre kugelige Gestalt, die bläuliche Färbung, den Umstand, dafs nur ein oder ausnahmsweise eine ganz geringe Anzahl von Läsionen vorkommen und durch ihren Sitz am freien Rande der Unterlippe.

Beim Vergleiche mit den Purpuraformen ist hervorzuheben, die Polymorphie und die Verschiedenheit der Lokalisation der letzteren gegenüber dem konstanten Auftreten unserer Affektion am freien Lippenrande.

Diesen verschiedenen klinischen differenzial-diagnostischen Merkmalen reiht sich dann ein höchst wichtiges anatomisches an: alle die angeführten vaskulären Dermatosen verdanken ihre Entstehung der Erweiterung der feinen Gefäfsverästelungen der Haut und der Bildung von neuen Kapillaren; ebenso ist das Angiom des freien Lippenrandes der Folgezustand einer Dilatation von einer oder mehrerer kleiner, bereits bestehender Venen.

Dieser besonderen klinischen und anatomischen Beschaffenheiten wegen kann unsere Affektion nicht zu den Teleangiektasien gerechnet werden, sondern vielmehr zur Kategorie jener vaskulären Dermatosen, die unter der Bezeichnung Hautvaricen bekannt sind. Diese wird sehr häufig auf Gliedmafsen mit tiefen Varicen beobachtet, kann aber auch an anderen Körperstellen auftreten, nach einer auf die Venenstämme ausgeübten Kompression. Klinisch kennzeichnen sich die Hautvaricen als ein bläuliches Netz mit mehr oder weniger engen Maschen an der Oberfläche der Haut. Vom anatomischen Gesichtspunkte aus bestehen sie in einer Erweiterung präexistierender Venen.

Auf Grund seiner anatomischen Merkmale ist somit auch das Lippenangiom eine Hautvarice.

Wenn wir aber die Affektion mit diesen Ausdrücken bezeichnen, so mag es auf den ersten Blick sonderbar erscheinen, daſs wir sie mit dieser Benennung belegt haben, indem die Angiome Tumoren sind und somit aus neugebildeten Gefäſsen sich zusammensetzen sollten. Die allgemeine Pathologie rechnet aber, um einem alten Brauch gerecht zu werden, zu den Angiomen alle „geschwulstartigen Bildungen, an deren Zusammensetzung Blutgefäſse einen hervorragenden und den Charakter der Geschwulst bestimmenden Anteil nehmen (Ziegler, Allgem. Pathologie, Jena 1905)“, und somit auch jene vaskulären Veränderungen, welche, wie die unserige, aus der Erweiterung eines präexistierenden Gefäſses entstanden sind und eine begrenzte und wohl umschriebene Geschwulst bilden.[1]

Doch auch unter den Hautvaricen verdient das Angiom des freien Lippenrandes einer besonderen Erwähnung. Während nämlich die Hautvaricen in jedem Lebensalter auftreten können und zwar aus den verschiedensten Ursachen, die sich an den verschiedensten Regionen des Körpers lokalisieren, ein netzförmiges Aussehen haben, und einer Verlangsamung der Zirkulation infolge tiefer gelegener Varicen ihre Entstehung verdanken, zeigt sich unsere Affektion immer erst in einem bestimmten Alter und unter ganz bestimmten Bedingungen; es ist ausnahmslos am freien Lippenrande lokalisiert, ist nur selten in der Mehrzahl vorhanden, bildet immer eine halbkugelige Erhabenheit und ist von einer leichten Blutstase des Lippenrandes begleitet. Es hängt vom Verluste des elastischen Gewebes in umschriebenen Zonen der Venen ab, von einer lokalen Vermehrung des Blutdruckes und tritt sekundär nach Veränderungen in der Struktur des freien Lippenrandes und nach Erscheinungen von Entartung und Atrophie auf, welche sich über die ganze Region des Lippenrandes erstrecken.

Das Angiom des freien Lippenrandes nimmt somit auch unter den Hautvaricen eine besondere Stellung ein und zwar sowohl wegen seiner besonderen klinischen Merkmale, die sich auf Sitz, Verlauf, Morphologie beziehen, als auch wegen der speziellen ätiologischen und pathogenetischen Bedingungen, unter denen es entsteht.

---

[1] Dieser Definition des Angioms fügt Ziegler dann bei: „Da nach der gewöhnlichen Definition die Entstehung einer Geschwulst stets mit der Bildung neuen Gewebes verknüpft ist, so sollte man, strenge genommen, alle diejenigen Gefäſstumoren, die hauptsächlich durch Erweiterung präexistierender Gefäſse entstehen, von den Angiomen ausschlieſsen. Der allgemeine Gebrauch hat indessen insoweit anders entschieden, als man auch einfache Dilatationszustände an den Gefäſsen, sofern sie durch Ausbreitung auf ein ganzes Gefäſsgebiet mehr oder weniger abgegrenzte, geschwulstartige Bildungen erzeugen, als Angiome bezeichnet. Häufig wird auch das Aneurysma racemosum oder cirsoides und die Varicen zu den Angiomen gerechnet.“

Erklärung der Figuren.

Fig. 1. Makroskopisches Bild in natürlicher Gröfse; Patient S. Vincenzo. (Zweiter Fall.)

Fig. 2. a) Lakunäre Dilatationen im Papillarkörper des freien Lippenrandes.
b) Angiomatöser Hohlraum, mit Blut angefüllt und mit einem Niederschlag von mehrkernigen Leukocyten im unteren Teile dieser Höhle.
c) Teil einer Venenwandung mit erhaltenen elastischen Fasern.
d) Unversehrte, durch das Bindegewebe ziehende Vene.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. März 1907.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Hollstein demonstriert einen 21jährigen Mann mit aufserordentlich starker Eruption von **Folliclis** an beiden Armen. Eine Unzahl von Effloreszenzen aller Stadien und von charakteristischen Narben bedecken diese Körperteile. Am Penis und an der Stirn bestehen ebenfalls Effloreszenzen, welche in dasselbe Krankheitsgebiet der papulo-nekrotischen Tuberkulide zu rechnen sind.

Diskussion: Saalfeld hat etwa 15 Fälle dieser Erkrankung (darunter nur zwei Männer) bisher beobachtet. Eine der früher von ihm demonstrierten Patientinnen erkrankte an Tuberkulose der Lungen und ist inzwischen an Abdominaltyphus gestorben; eine zweite leidet ebenfalls an Lungentuberkulose.

2. Pinkus demonstriert einen 58jährigen Mann mit **Sklerödem** und läfst sich über die möglichen Beziehungen dieser Affektion zur Dercumschen Adiposis dolorosa aus.

Diskussion: Heller kann an dem vorgestellten Falle keine Zeichen der Dercumschen Krankheit finden.

3. Schüler (a. G.) demonstriert **Druckapparate für die Kromayersche Quarzlampe**, sowie verschiedene Beleuchtungsansätze für die Harnröhre, die Scheide, den Mastdarm.

4. Schultz spricht über die **Wirkungsweise der Quarzlampe**. Er findet ihre Wirkung auf das tierische Gewebe (Kaninchenohr) nur ganz oberflächlich. Quarzlampenbestrahlung erzeugte eine Reaktion (Blase) nur an der Oberfläche des Ohres, welche der Lampe auflag, während seine Hinterfläche und das zweite Ohr völlig intakt war (40 Minuten Bestrahlung). Die Finsen-Reyn-Lampe aber erzeugte auf allen vier Flächen der zwei Ohren eines völlig identischen Kaninchens von demselben Wurf und von derselben Farbe (schwarz) nach $1^1/_2$ Stunden starke Reaktion (Blasen). Die Schwärzung photographischen Papiers durch dicke Lagen Schreibpapier hindurch wird, wie Versuche mit Ausschlufs aller kurzwelligen Strahlen (violett und blau) durch Kaliumchromatlichtfilter bewiesen, durch den reichen Gehalt des Quecksilberlichts (Uviollampe) an langwelligen (gelb und orange) Strahlen bedingt. Da diese keine Reaktion im Gewebe erzeugen, läfst der Versuch mit photographischem Papier keinen Schlufs auf die therapeutische Wirkung zu, welche für den Lupus nur in tiefdringenden Strahlen des violettblauen Spektrumendes enthalten ist.

Diskussion: KROMAYER hält es für notwendig, die Tierversuche in gröfserer Zahl zu wiederholen. Seine therapeutischen Erfolge bei Lupus zwingen ihn zur Annahme einer grofsen Tiefenwirkung seiner Lampe. SCHÜLER wird von ihm der unberechtigten Nachahmung seiner Lampe bezichtigt. BLASCHKO bittet, geheilte Patienten vorzustellen.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Originalbericht von Dr. J. POLLITZER.

Sitzung vom 23. Januar 1907.

NOBL zeigt:

1. ein 20jähriges, an multipler Drüsentuberkulose und einem spezifischen Lungenkatarrh leidendes Mädchen mit einem seit Monaten unverändert bestehenden **Erythème indurée BAZIN**.

2. einen 9jährigen Knaben, bei dem seit ¾ Jahren eigenartige Parakeratosen auftraten, teils in Form hanfkorngrofser, lichenoider, mit einer festhaftenden Schuppe bedeckter Knötchen, teils als flache, linsengrofse, zentral abgeflachte, randwärts schuppende psoriasiforme Flecken. Die Effloreszenzen sind stationär und therapeutisch wenig zu beeinflussen und am besten in das Krankheitsbild der **Pityriasis lichenoides chron.** einzureihen.

WEIDENFELD demonstriert einen Patienten mit Narben nach Drüsen- und Skrofulodermaabscessen im Gesichte und Halse. Derselbe zeigt an den Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten, sowie am Stamme blaurote Infiltrate mit kleineren oder aus solchen konfluierten, gröfseren, seichten, scharf begrenzten, unterminierten Geschwüren und in deren Umgebung follikuläre Knötchen, die zu matschen Pusteln vereitern, mit Krusten sich bedecken oder geschwürig zerfallen. Im Gegensatze zu den von der Tiefe ausgehenden, papulo-nekrotischen Tuberkuliden liegt hier eine **Acne cachecticorum** im Sinne KAPOSIS vor.

LÖW zeigt bei einer 35jährigen Frau eine seit drei Monaten unter schmerzhaftem Jucken bestehende **Kraurosis vulvae** mit sehniger, weifsglänzender Atrophie der Schleimhaut an den grofsen und kleinen Labien.

MÜLLER (aus der Klinik FINGER) stellt vor:

1. Zwei Fälle von **Dermatitis herpetiformis DUHRING**. Der eine hier vor einigen Wochen demonstrierte ist derzeit ohne Nachschub und hat nur mehr pigmentierte Stellen als Residuen. Der zweite, ein 25jähriger Schneider, zeigt die typischen gyrierten Erytheme, sowie die zentral mit Pigmentierung abheilenden, peripher mit neuen juckenden Knötchen und Bläschen fortschreitenden Herde, die durch ihre Lokalisation am Stamm, besonders dem Rücken, ihre mehrwöchentliche Dauer, das starke Jucken, sowie das gute Allgemeinbefinden differentialdiagnostisch ein Erythema multiforme oder toxicum, sowie den eigentlichen Pemphigus ausschliefsen.

Diskussion: WEIDENFELD sah einen ähnlichen Fall mit Lokalisation der Knötchen- und Bläschenkreise im Gesichte und ad nates abheilen mit Pigmentierung und peripherem Nachschub unter Jucken; auch KAPOSI kannte so benigne und selbst heilbare Fälle von Pemphigus. Ob diese Affektion, die er als Pemphigus miliaris circinatus bezeichnen möchte, zur Gruppe des eigentlichen Pemphigus gehört, möchte er deshalb bejahen, weil er sah, wie eine solche Form in einen wahren Pemphigus foliaceus überging.

EHRMANN kann dieser Einreihung zum Pemphigus nicht beistimmen und hält die Dermatitis herpetiformis für ein durch seine Polymorphie und seinen chronischen, benignen Verlauf charakterisiertes selbständiges Krankheitsbild.

NOBL: Die auch in dem von ihm vorgestellten Falle bei einem 10jährigen Knaben vorherrschende Benignität der so typischen Affektion rechtfertigt ihre Sonderstellung gegenüber dem Pemphigus, dessen günstige Prognose der ursprünglichen Auffassung KAPOSIS widerspricht.

ULLMANN kennt einen Fall von H. v. HEBRA, der ja die Dermatitis herpetiformis als besondere Erkrankung anerkannte, wo das jahrelang benigne, chronische Bild der Dermatitis dann doch in eine maligne und letale Pemphigusform überging.

FINGER: KAPOSI hat seine Ansicht über die Zusammengehörigkeit der einzelnen Pemphigusformen nicht genügend mit Krankengeschichten gestützt und wir können mit NEISSER und BROCQ höchstens den Übergang des Pemphigus vulgaris in einen Foliaceus bestätigen, müssen aber besonders die benigne Form der Dermatitis herpet. wohl davon sondern. Im vorliegenden Fall ist ein Erythema multiforme oder Herpes iris sicher auszuschliefsen. Gegenüber einem toxischen oder autotoxischen Erythem fällt hier die Chronizität ebenso in die Wagschale, wie zwischen einer frischen Urticaria und der lange dauernden, rezidivierenden Prurigo.

MÜLLER stellt noch vor:

2. den bereits vorgestellten Fall von **Mykosis fungoides**, dessen Erythrodermie und flache Infiltrate geschwunden sind, während der bereits regresse Tumor exulceriert ist. Die Arsenkur, die zu starker Pigmentierung führte, wurde wegen starker Diarrhoen unterbrochen.

3. einen 40jährigen Mann, der 1890 Lues akquirierte und seit drei Jahren trotz wiederholter Hg-Kuren gummöse Ulcerationen und schmerzhafte Knochenauftreibungen bekam, die früher auf Jodmedikation prompt zurückgingen, jetzt aber an Stirn- und Scheitelbein trotz Jodkalium, Enesol- und lokaler Injektion von Oleum cinereum persistieren.

4. ein figuriertes Frührezidiv in Form krustöser, **sykosiformer Papeln** an der Oberlippe.

5. eine **Syphilis corymbosa** bei einem 19jährigen Mann, 3/4 Jahre nach der Infektion.

OPPENHEIM hält einen Vortrag über **Phosphaturie bei Blennorrhoe.**

Die Phosphaturie ist bei Blennorrhoe häufiger als bei Gesunden; hierfür wurden zwei Erklärungen gegeben: 1. die Mehrzahl der Autoren, darunter FREUDENBERG und FINGER, halten sie für eine Folge der Neurasthenia sexualis bei Urethritis chronica posterior als eine Sekretionsneurose der Niere. 2. eine andere Gruppe wie FÜRBRINGER und DUHRING erklären die abnorme Sekretion durch einen Reflex des Nierenparenchyms ausgelöst von der peripheren Erkrankung. Die Tatsache, dafs auch bei der Urethritis anterior und ohne Neurathenie Phosphaturie bestehen kann, erklären die ersteren mit FINGER durch die veränderte Lebensweise, den Genufs von Milch, Mineralwässern. Doch haben andere wie MINKOWSKI die Vermehrung der Phosphate bei Neurasthenikern geleugnet.

Worin besteht überhaupt chemisch die Phosphaturie? Keineswegs in einer Vermehrung der Phosphorsäure, wie die Untersuchungen von SOETBEER und TOBLER ergaben und vier Analysen meiner Reihe ergaben. Es kommt nur zur Ausfällung von basisch phosphorsaurem Kalk und Magnesia durch Aciditätsveränderungen des Urins, der neutral oder alkalisch wird, während die weit überwiegenden phosphorsauren Kalium- und Natriumanteile immer löslich bleiben. Ebenso erhält man künstlich durch Hinzufügen von Alkalien Trübung; SOETBEER fand bei der Phosphaturie der Kinder vielfach vermehrte Kalkausscheidung.

Auffallend waren nun die Differenzen in der Trübung und der Reaktion in den verschiedenen Portionen des Urins, namentlich die stärkere Trübung und Alkalescenz

der zweiten Portion bei chronischen Prostatitiden, was weder mit der Reflex- noch mit der Sekretionsneurosentheorie zu erklären ist; bessert sich doch oft mit der Behandlung der Prostatitis auch die Phosphaturie, selbst wenn die Phosphaturie bestehen bleibt.

Es lag nahe, diese Verhältnisse mit einer Änderung der Urinreaktion durch krankhaftes und so alkalisch (PEZZOLI) reagierendes Prostatasekret in Zusammenhang zu bringen.

Dies wurde auch in einigen Versuchen bestätigt. Bei einer Phosphaturie, die eine Urethritis chronica mit Prostatitis catarrhalis begleitete, wurde eine halbe Stunde nach Entleerung eines Phosphaturins mit Katheter klarer Urin gewonnen, der sich aber bei Zusatz von einigen Tropfen Prostatasekret trübte, bei Essigsäurezusatz wieder klärte.

Bei einem zweiten Patienten, der Phosphaturie mit alkalischer Reaktion hatte, wurde die Blase bis zur neutralen Reaktion des Waschwassers ausgewaschen; der danach entleerte Urin war klar und schwach sauer. Hierauf Massage der Prostata mit Expression eines alkalischen Sekretes. Hierauf ein diffus trüber Phosphaturin, in gleicher Weise bedingt durch die Fällung der Phosphate infolge Beimengung alkalischen Prostatasekretes, das bei langer Urinretention wohl auch in die Blase gelangt.

Zeigt die erste Urinportion stärkere Phosphaturie als die zweite, so ist dies durch den stärkeren Eitergehalt der Pars anterior bei akuter Blennorrhoe bedingt. Wird dieselbe ausgewaschen, so gelingt es, mit der Spülflüssigkeit klaren Urin zu trüben.

Diese Versuche beweisen, daſs die peripheren Affektionen mit ihrem alkalischen Eiter die Ausfällung bedingen. Dies scheint bei geringem Sekret gegenüber gröſseren Urinmengen auffallend; doch ist in solchen Fällen der Urin meist durch die veränderte Lebensweise schon schwach sauer, neutral oder gar alkalisch und dadurch der Phosphatausfall begünstigt. Dazu kommt noch, daſs die meist eingehaltene Milchdiät als kalkreichstes Nahrungsmittel zu vermehrter Kalkausscheidung führt und dadurch, wie SOETBEER und TOBLER nachwiesen, die Phosphaturie begünstigt. Als Ursache derselben möchte ich zusammenfassend nennen

1. als wichtigstes Agens die Beimengung von alkalischem Urethral- und namentlich Prostatasekret.

2. die Verminderung der Harnacidität durch die blanke Diät und Mineralwässer.

3. reichlichere Kalkausscheidung im Urin durch die Milchdiät.

Diskussion: ULLMANN, der selbst seinerzeit ausführliche Untersuchungen über diese Frage machte, kann OPPENHEIM, der nur die bei Blennorrhoe auftretende Phosphaturie berücksichtigt, in der Hypothese der Sekretbeimengung als Ursache derselben nicht ganz beistimmen. Vielmehr ist sie oft noch vorhanden, wenn nur einzelne kleine Fäden im Urin sich zeigen und fehlt bei der blennorrhoischen Cystitis trotz des vielen Eiters; sie unterscheidet sich auch nicht von der ebenso häufigen Phosphaturie bei Neurasthenikern und Nervenkranken ohne Urethral- oder Prostataerkrankung. Ich sah die Phosphaturie sehr selten bei den akuten Stadien der Blennorrhoe, meist erst, wenn nervöse Störungen dazutraten. Harnanalysen 1886 mit MAUTHNER zusammen ausgeführt, ergaben mir aber auch eine Vermehrung der Phosphorsäureausscheidung, wie ich sie ähnlich auf der psychiatrischen Klinik MEYNERTS bei Phosphaturien nach schweren psychischen Störungen und vasomotorischen Neurosen sah und wie sie auch von mehreren französischen Neurologen beschrieben ist.

Daneben mag es auch Fälle von Phosphaturie geben, welche durch vermehrte Kalkausscheidung bedingt sind; und für einzelne Fälle im Verlaufe der Blennorrhoe könnte auch OPPENHEIMS Theorie gelten.

Salomon: Die Phosphaturie hat keine einheitliche Ursache und kann durch verschiedene Umstände, geänderte Acidität, Konzentration, Kohlensäuregehalt u. a. bedingt sein; genügt doch starke Fleischnahrung oder der Genuſs alkalischer Wässer, um durch sekretorische Hyperacidität im Magen die Alkalescenz der Körpersäfte und des Urins so zu vermehren, daſs die Phosphate ausfallen; diese Hyperacidität des Magens dürfte auch bei der Phosphaturie der Nervösen die Hauptrolle spielen; wieweit die von Soetbeer angegebene Mehrausscheidung von Kalksalzen von Ausschlag ist, muſs noch näher untersucht werden.

Ehrmann kennt Fälle chronischer Prostatitis mit reichlicher Sekretion von kreidigen Massen, ohne daſs dabei Phosphaturie aufträte.

Sitzung vom 6. Februar 1907.

Leiner demonstriert:

1. ein sechsmonatliches Kind mit einer **im Säuglingsalter** seltenen **Psoriasis**, die angeblich im Anschluſs an die Lapisierung eines Intertrigo auftrat, welcher jetzt auch psoriasisartig verändert ist. Gröſsere Herde finden sich an der rechten Wange, den Knien und Ellenbogen; zerstreute kleinere Herde am Stamm neben einzelnen leukodermatischen Flecken.

Diskussion: Nobl hält diesen Ausschlag eher für ein seborrhoisches Ekzem, wofür der Sitz an den intertriginösen Stellen und der Mangel stärkerer Schuppenbildung spricht; in seinen ähnlichen Fällen sah er darum auch Heilung ohne Rezidive.

Leiner: Dieses Kind zeigt keine Spur von Seborrhoe, die meist von der behaarten Kopfhaut und den Augenbrauen ausgeht; auch entstehen die hier vorhandenen Herde immer aus kleinen Knötchen.

2. ein **hereditär-luetisches** Kind mit Rezidivpapeln an den Handtellern, Paronychiae lueticae und sekundären Nagelveränderungen.

Nobl zeigt:

1. eine Reihe von **schankrösen** Umwandlungen lymphangitischer Knoten, ausgehend von einem Ulcus vener. im Sulcus. Man sieht am Dorsum penis erbsengroſse, eitrig belegte Geschwüre im Verlaufe eines verhärteten Lymphstranges, der sich beiderseits bis in die Leiste verfolgen läſst. Daselbst im Anschlusse an die Lymphbahn aus der Tiefe hervor und sekundär die Haut ergreifend vereiterte Geschwüre vom typischen Charakter venerischer Ulcerationen. Positiver Nachweis der Ducrey-Bazillen.

2. einen ähnlichen Prozeſs bei einem zweiten Mann.

3. einen Patienten, der ausgedehnte atrophische und narbige Veränderungen im Bereiche des rechten Armes mit Kontraktur des rechten Ellenbogens und einem atonischen Dekubitalgeschwür über dem Olekranon zeigt. Diffuse narbige Residuen sieht man auch an der linken Schulter und der rechten Hüfte; sie rühren alle von einem in der Jugend abgelaufenen Krankheitsprozesse her, der wahrscheinlich tuberkulöser Natur, ein Skrofuloderma war.

Diskussion: Kren: Der Zustand des Patienten, der im Oktober auf der Klinik Riehl lag, ist jetzt derselbe. Es gelang damals nicht, das noch bestehende Geschwür zur Heilung zu bringen.

Oppenheim demonstriert eine Frau, bei der im Anschlusse an eine beiderseitige Phlegmone der unteren Extremitäten seit 14 Tagen vorwiegend an den Streckseiten der unteren, weniger der oberen Extremitäten braunrote, livide unregelmäſsige, in ihrer Konsistenz etwas derbe Flecken auftraten; vielleicht handelt es sich um ein **toxisches Erythem**, entstanden durch Resorption septischer Stoffe von der Phlegmone.

E. Spitzer zeigt (aus der Ambulanz des Dr. Oppenheim) ein 16jähriges Mädchen mit rotbraunen, zum Teil cyanotischen, derben, zum Teil geschwürig zerfallenen Knötchen an der Ferse, den Rändern der Fufssohle und den Zehen, die er für ein **Tuberkulid** bei einem sonst kräftigen Mädchen hält.

Körbl bespricht die Krankengeschichte einer 27jährigen Frau. Vor fünf Jahren Lues. Jetzt Schwellung der rechten Clavicula am Sternalende. Vor zwei Monaten schmerzhafte Anschwellung der linken zehnten Rippe, die vor zehn Tagen beim Husten ein knarrendes Geräusch gab. Das Röntgenbild bestätigte die klinische Diagnose einer **Spontanfraktur** bei **luetischer Osteomyelitis.**

Reines zeigt bei einem älteren Manne eine seit 13 Jahren bestehende, am Hinterhaupte, Nacken, an symmetrischen Stellen der Wirbelsäule und den Oberarmen ausgebreitete, nicht schmerzhafte **Lipomatosis symmetrica multiplex.**

Weidenfeld stellt eine 21jähr. Frau vor mit einer nicht ganz klaren Affektion. Man sieht am ganzen Stamme, besonders an den unteren Teilen des Thorax, den Rippenbogen und den Lenden zahlreiche einzelne und in Gruppen gestellte dunkelrote Knötchen meist im Zentrum mit einer flachen Pustel oder einer nekrotischen, schwarzen Kruste, nach deren Ablösung ein seichtes, mit scharf ausgehauenen Rändern versehenes Geschwür persistiert. Die Krusten gehen teils aus den Pusteln hervor, teils treten sie von vornherein auf und bilden dann verschieden grofse Geschwüre, nach deren Abheilung zahlreiche, pigmentierte Narben verbleiben, welche im Zentrum eine trichterförmige Einsenkung als Rest des Follikels zeigen.

Ähnliche Effloreszenzen finden sich auch im Gesichte, hinter den Ohren, sowie an der Beugeseite der Arme. Patient hatte voriges Jahr eine ähnliche Attacke, jetzt die zweite. Das gehäufte Auftreten, der Nachweis des follikulären Sitzes, die oberflächliche Pustelbildung sprechen für eine **Acne varioliformis,** die allgemeinen Lokalisationen besonders an den Extremitäten mehr für ein **Tuberkulid,** das doch eher anzunehmen ist und durch das Vorhandensein der Halsdrüsen wahrscheinlicher wird.

Diskussion: Ehrmann möchte hier weder Acne varioliformis noch ein Tuberkulid annehmen. Die Acne varioliformis ist ja zunächst überhaupt keine eigentliche Akne, d. h. nicht follikulär, sondern die Pustel- und Krustenbildung sind nur Ausdruck oberflächlicher oder tiefer reichender Nekrose; auch ist ihre Lokalisation immer an der Stirn oder am Stamme auf dem Sternum und zwischen den Schultern. Gegen Tuberkulid sprechen die follikulären Eiterungen und die Komedonenbildung. Mit all den vorhandenen Symptomen stimmt dagegen die Diagnose einer **Acne cachekticorum** am besten überein.

Oppenheim demonstriert einen Mann mit einem **Ekzema marginatum chronicum** in der Steifsgegend. Daselbst ein über handtellergrofser Herd, dessen Innenfläche von einer gelblichbraunen, fein gefälteten Haut und einzelnen kleinen Knötchen eingenommen ist, dessen erhabener Rand sich aus kleinen, leicht schuppenden, derben Knötchen zusammensetzt. Die Affektion besteht bei dem Manne, der an dieser Stelle meist schwere Lasten trägt seit einem Jahre; Narbenbildung ist dabei nirgends zu sehen. Der Pilzbefund ist negativ.

Diskussion: Spiegler hält den Herd wohl für eine Trichophytie, aber nicht für ein Ekzema marginatum, sondern für einen Herpes tonsurans circin.

Weidenfeld zeigt einen 34jährigen Mann mit kreisrunden, scharf begrenzten Scheiben am Rücken zwischen den Schultern. Dieselben sind ebenso wie einzelne, kleinere Knötchen in der Umgebung mit fettigen Schuppen bedeckt. Zahlreiche Flecken sitzen vorne am Sternum. Diese traten alle erst seit dem Tragen von Flanellwäsche auf, so dafs in diesen Fällen die Bezeichnung **Ekzema flanellaire** wohl zutrifft.

KREN (Klinik RIEHL) stellt vor:

1. einen 52jährigen Mann, der seit drei Wochen im Gesichte, an den Handgelenken, Ellenbogen, Knie und Füfsen gehäufte, mit reinem Serum gefüllte Blasen auf normaler Haut oder erythematöser Basis zeigt. Mit Rücksicht auf das Entstehen und die Lokalisation sind dieselben als **Erythema vesic. und bullosum (multiforme)** anzusprechen.

2. einen bereits wiederholt, zuerst von EHRMANN vor sieben Jahren vorgestellten Patienten mit **Atrophia cutis idiopathica.**

Diskussion: EHRMANN: damals wies der Krankheitsherd an den unteren Extremitäten nach obenhin noch einen roten, infiltrierten Rand auf, der jetzt fehlt, wo die Entzündung abgelaufen ist. Auch an den Unterschenkeln bestand ein derbes, sklerodermieähnliches Infiltrat, das durch Heifsluftbehandlung zurückgegangen ist.

NOBL fand in einem Falle die Atrophie bei einem Patienten mit Infiltratio pulmon. und einem Lupus verrucosus, so dafs für einzelne Fälle vielleicht diese spezifische Ätiologie heranzuziehen sein wird.

3. ein vierjähriges Kind, das am Gesäfs, der regio pubica, dem Bauch und den unteren Extremitäten lebhaft rote Knötchen hatte, die rasch zerfielen, eitrige Pusteln und ihnen entsprechende, scharf lochförmige, nekrotisch belegte Geschwüre bildeten. Dieses **Ecthyma gangraenosum** heilt auf 10%ige Dermatolsalbe rasch aus.

REITMANN (Klinik RIEHL) zeigt zwei Fälle, welche neben ausgesprochen tuberkulösen Erscheinungen auch einen **Lichen scrophulosorum** haben und zwar:

1. einen siebenjährigen Knaben mit multiplen Drüsen am Halse, Knochenkaries, Lippenekzem mit Rhagaden. Am Stamme zahlreiche blafsrote, gruppierte und zu kleinen Flächen konfluierte Knötchen.

2. einen 26jährigen Mann mit **Lymphomata colli** und blassen, gruppierten Knötchen am Stamme und den Extremitäten.

3. und 4. zwei Brüder mit mächtig entwickelter, besonders am Rücken ausgebreiteter **Acne vulgaris.** Neben grofsen Komedonen zahlreiche Akneknötchen und -pusteln, die auch konfluieren und ausgedehnte, landkartenartig ausgebreitete Knoten, Pusteln und Narben bilden. Zwischen diesen bleiben dann häufig einzelne Hautbrücken stehen, ähnlich wie beim Skrophuloderma.

5. einen noch stärker ausgebildeten Fall von Akne, wie ihn LANG treffend als **Acne conglobata** bezeichnete.

FINGER zeigt:

1. einen gut aussehenden, kräftigen Patienten, der an den Beugeflächen der Vorderarme kleinste, derbe, Lichen pilaris ähnliche und auch gröfsere Knötchen hat, die im Zentrum ein Hornkügelchen tragen; die darüber fahrende Hand gewinnt das Gefühl reibeisenartiger Beschaffenheit. Ähnlich ist die Haut am Sternum und an den Streckseiten der Fingerphalangen. Eigenartige Veränderungen sind auch am Kopfe zu sehen, isolierte, hyperkeratotische Scheiben, deren zentraler Anteil stärker schuppt und in der Mitte ein Hornkügelchen, ähnlich einem kleinen Scutulum, zurückläfst. Es handelt sich um eine chronische, milde verlaufende Form von **Lichen ruber accuminatus.**

2. einen Fall zur Diagnose.

Ein 22jähriges Mädchen mit Erscheinungen, die zwischen Psoriasis und Ekzem stehen. Am Stamme kleinste, verwaschene, entzündliche Infiltrate mit Schüppchen, die sich leicht loslösen lassen und wenig bluten. Daneben auch gröfsere, unscharf begrenzte Stellen sprechen eher für Pityriasis lichenoides, an den unteren Extremitäten sind wieder stärker infiltrierte, psoriasisähnliche Effloreszenzen. Für die Affektion pafst vielleicht am besten die Bezeichnung **Parapsoriasis.**

Brandweiner demonstriert:

1. einen 25jährigen Mann mit einem serpiginösen **Lupus exulcerans** am rechten Ohre und einem oberflächlichen **Ulcus tuberculosum** mit deutlichen Knötchen längs des Randes am rechten Arcus palato-glossus.

2. eine areoläre **Alopecia luetica** im Zusammenhange mit einer Rezidivroseola.

Reines (Abteilung Ehrmann) berichtet über einen eigenartigen Fall tiefreichender **Tuberkulosis papillomatosa cutis.** Der 62jährige Patient zeigte in beiden Leistengegenden, besonders links, an der unteren Bauchwand (die Abbildung wird herumgereicht) zahlreiche kugelige, blauviolette Knötchen und Knoten auf ähnlich verfärbten, matschen Infiltraten aufsitzend und vielfach fistelartig perforiert. Aus den Fistelöffnungen entleert sich seröser, dünnflüssiger Eiter. In der Inguinalgegend gehen die Knoten in breit wuchernde, blumenkohlartige, tumorähnliche Wucherungen und an deren Oberfläche in Ulceration über. Der Patient hatte auch eine beiderseitige, ausgedehnte Bronchitis und starb vor einiger Zeit. Die histologische Untersuchung der Knoten und Fisteln ergab typisches tuberkulöses Gewebe, an den Wucherungen bis tief in den Papillarkörper reichend. Tuberkelbefund positiv. Dieses Bild ist verschieden vom Lupus und der Tuberkulosis verrucosa cutis, die durch exogene Inokulation zustande kommt, ähnlich aber dem von Spitzer beschriebenen Falle.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 25. Februar (10. März) 1907.

Originalbericht von Arth. Jordan-Moskau.

1. Sokolow demonstrierte fünf Fälle von **Epithelioma cutis faciei**, von denen drei schon in der vorigen Sitzung vorgestellt worden waren und welche alle **mit Radium behandelt** worden sind. Bei zweien dieser Fälle ist es zu völliger Vernarbung gekommen, bei den drei übrigen Fällen zu bedeutender Besserung.

2. Sokolow führte ein Mädchen mit einem **Naevus papillaris capillitii** vor, welcher der Radiumbestrahlung unterworfen werden soll.

An der Diskussion beteiligten sich die Herren Reschetillo, Sokolow, Bogrow und Pospelow.

3. Bogrow zeigte eine 48jährige Frau mit **Acanthosis nigricans**, welche besonders stark auf dem Halse, in den Achselhöhlen und in den Gelenkbeugen ausgeprägt ist. Ferner ist aber auch das Zahnfleisch und der harte Gaumen körnig verändert. Nach Angabe der Kranken besteht das Leiden seit etwa acht Monaten. Dieser Fall ist der vierte, welcher in Rufsland zur Beschreibung kommt (Tschernogubow, Barski, Pawlow).

4. Prof. Pospelow demonstrierte eine **Kollektion neuer Moulagen** seiner Klinik.

5. Licharew (Gast) stellte aus der Moskauer dermatologischen Klinik **zwei Fälle zur Diagnose** vor:

a) einen 27jährigen Mann mit einer ganzen Reihe verschieden grofser, bis zu haselnufsgrofser Tumoren auf dem Scheitel und auf der Stirn. Bei Anstich dieser Tumoren entleert sich Eiter. Der Patient leidet aufserdem an Akne.

b) einen 23jährigen Schmied mit einer entzündlichen Affektion auf dem rechten Oberschenkel, in der Region des rechten lig. Poupartii, welche bei der Palpation stellenweise Verdickungen aufweist, die bei bioskopischer Untersuchung Kalkansammlungen zeigen. Ferner sieht man beim Patienten an der Innenseite des rechten Unterschenkels, entsprechend der Vena saphena, Narben mit gleichfalls verdickten Stellen. Hier soll der Prozefs nach Angabe des Kranken begonnen haben.

Zu diesen Fällen bemerkte POSPELOW, es sei zur Diagnose noch eine weitere Beobachtung nötig.

6. BOGROW sprach über seine, in Gemeinschaft mit MARZINOWSKI angestellten Untersuchungen **über die Beziehung der Blastomyceten zu den Hautkrankheiten.** Diese Untersuchungen ergaben folgende Resultate:

1. Die Blastomyceten finden sich oft auf der Haut sowohl gesunder, als kranker Personen.

2. Die Blastomyceten kommen besonders auf denjenigen Stellen vor, welche reich an Talgdrüsen sind, wie auf dem behaarten Teile des Kopfes und der Nase.

3. Die auf der Haut befindlichen Blastomyceten können pathogen sein.

4. Die auf der Haut ein saprophytisches Dasein führenden Blastomyceten können einer reaktiven Entzündung gegenüber resistenter werden.

5. Die Zunahme der Widerstandsfähigkeit und der Pathogenese der Blastomyceten bilden die Vorbedingung zur Entstehung einer Hautblastomykose.

6. Von derselben Bedeutung ist auch eine Schwächung des Organismus.

7. Im Anfangsstadium der Hautblastomykose macht diese klinisch den Eindruck akneiformer Eruptionen.

8. Histologisch handelt es sich im Anfangsstadium der Hautblastomykose um eine Erkrankung der Talgdrüsenschläuche und der Haarfollikel.

9. Wenn aber die unter Punkt 5 und 6 angegebenen Bedingungen nicht vorliegen, kommt es zu keiner weiteren Entwicklung des Krankheitsprozesses, sondern derselbe erlischt schnell.

7. METSCHERSKI **referierte** über die **Arbeit von LEVADITI**: La spirillose des embryons de poulet dans ses rapports avec la tréponémosa héréditaire de l'homme.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 83. Heft 2. Februar 1907.

I. **Folliculitis (Sycosis) scleroticans,** von SAMBERGER-Prag. In der Klinik JANOVSKY wurde ein 73jähriger Mann beobachtet, welcher seit 20 Jahren an einer eigentümlichen an der Oberlippe lokalisierten Affektion leidet, welche mit kleinen, an das Haar gebundenen Pustelchen begann. Epilation war erfolglos, allmählich entwickelt sich ein tumorähnliches Gebilde, das jetzt die ganze Oberfläche der Lippe einnimmt. Die Oberfläche der Geschwulst ist durch einige tiefe Furchen in mehrere Knoten geteilt, die Oberfläche der Knoten selbst ist glatt, glänzend, rötlich verfärbt. Hier und da bricht eine trichterförmige Einziehung die gewölbte Oberfläche durch, aus welcher einige, meist büschelförmig gestellte Haare herausragen. Nirgends findet sich eine Läsion der Epidermis oder Spuren von Nässen oder Eiterung, noch papillomatöse Wucherungen. Die Konsistenz ist überall derb fibrös. Die Ränder fallen steil gegen die normale Umgebung ab. Das schwer herauszuziehende Haar ist meist an der in dem Tumor steckenden Parthie verdreht. Die mikroskopische Untersuchung der Haare fiel völlig negativ aus. Mikroskopisch wurde ferner ein Tumorstück untersucht. Es handelte sich um eine ursprünglich nichtparasitäre Folliculitis der Oberlippe, zu welcher sich im Laufe der Zeit rosarote glänzende Tumoren gesellten; so dafs man wohl von einer Folliculitis scleroticans reden kann, ein Prozefs, der in den

Rahmen des Narbenkeloid gehört. Die Betrachtungen des Falles und ähnliches führen zu folgenden Schlüssen: 1. Es existieren perifollikuläre einfache oder eitrige Entzündungen der Haut, auf deren Basis im Verlaufe der Zeit sich eigentümliche, dem Keloide nicht unähnliche Tumoren entwickeln. 2. Es existieren Fälle einer einfachen, nicht eitrigen und auch nicht an die Follikel gebundenen Entzündung der Haut, in welchen der Prozeſs wieder durch Entwicklung einer keloidartigen Geschwulst abgeschlossen wird. 3. Diese unter 1 und 2 angeführten entzündlichen Prozesse lokalisieren sich in der Regel in der Nackengegend, aber diese Stelle bildet keineswegs den einzigen und exklusiven Sitz der Krankheit. Die Krankheit Folliculitis scleroticans braucht nicht immer die Folge eines und desselben pathologisch-anatomischen Anfangsprozesses zu sein.

II. **Zur Kenntnis des „Adenoma sebaceum Pringle" (Naevus multiplex),** von Karl Reitmann - Wien. Das Adenoma sebaceum Pringle bietet ein klinisch ziemlich einheitliches Krankheitsbild, die anatomische Grundlage aber wird sehr verschieden geschildert. Ein Fall aus Riehls Klinik wird eingehend beschrieben und der Tumor dann eingehend histologisch untersucht. Derselbe zeigt einen oberflächlich sehr groſslappigen Bau und besteht im wesentlichen aus derbem fibrösem Bindegewebe, das wenig zellreich, aber besonders in seinem peripheren Teile ziemlich reich vaskularisiert ist. Auffällig ist einerseits die Weite, andererseits der Kernreichtum der Endothelschicht dieser Gefäſse. Der ganze Tumor erscheint von einer dicken, meist ca. 10 Zellreihen hohen Epidermis überkleidet, die von einer dicken, teilweise etwas maceriert aussehenden Hornschicht überlagert wird. Das als Adenoma sebaceum beschriebene Krankheitsbild besteht nicht nur aus den bekannten Knötchen und Bildungen der Gesichtshaut, sondern auch die an anderen Hautpartien, wie Hals, Finger, Zehen gefundenen Tumoren sind als Teilerfolg der Krankheit aufzufassen, ebenso die Veränderungen an den Schleimhäuten. Die verschiedenen histologischen Befunde der verschiedenen Forscher divergieren sehr. Reitmann faſst alle beobachteten Symptome als von einem einheitlichen ätiologischen Momente ausgehend auf, und dieser Auffassung entspricht von den bekannten noch am ehesten der Begriff Naevus im weiteren Sinne aufgefaſst, als eine Bildungsanomalie, welche kongenital oder embryonal angelegt am häufigsten den Bau der Haut betrifft, aber gelegentlich zu weiteren Störungen in der physiologischen Bildung anderer Organe führt. In diesem Sinne gewinnt die Erkrankung, die ursprünglich als Anomalie der Talgdrüsen gedeutet worden ist, einen viel umfassenderen pathologischen Inhalt und verhält sich in dieser Beziehung so wie das Fibroma molluscum Virchow.

III. **Drüsenkrebs der Mamma unter dem klinischen Bilde von Pagets Disease,** von J. Kyrle-Wien. Eine 39jährige Frau zeigte an der linken Mamma in der Warzengegend eine 6 cm im Durchmesser zählende, scharf umschriebene, bräunlich rote Stelle, bedeckt mit kleinsten, dünnen, gelblichen Schüppchen; die umgebende nicht ulcerierte Hautpartie wies mehrere radiär gestellte Rhagaden auf. In der Mitte der erwähnten Stelle sitzt eine dreieckige, flache, von ungeraden Linien begrenzte Erosion, die sich über die linke Hälfte der eingezogenen Warze erstreckt, stellenweise näſst, zum gröſsten Teil aber von gelblichen, dünnen Krüstchen bedeckt ist. Im Bereiche dieser Veränderungen erweist sich das Gewebe unterhalb der Epidermisresistenten, wobei die Resistenz nach der Peripherie abnimmt. Die Affektion besteht seit $1^1/_2$ Jahren. Bei palpatorischer Untersuchung findet man in der Tiefe des Mammaparenchyms einen wallnuſsgroſsen, deutlich gelappten Tumor von fester Konsistenz. Die Haut ist verschieblich. Der Verdacht auf ein malignes Neoplasma der Mamma lag nahe. Therapie Ablatio mammae, Ausschälung der Axillardrüsen. Die mikroskopische Untersuchung zeigte den Primärtumor als ein sicheres Adenocarcinom und

zwar jenen Typus, bei welchem das Krebsparenchym mit sukkulenten, offenbar noch ein wenig sekretorische Fähigkeit besitzenden in plumpe Verbände gruppierten epithelialen Elementen weitaus über das vergleichsweise nur unbedeutend proliferierte Zwischengewebe prävaliert. Es handelte sich um einen in der Tiefe entstandenen Drüsenkrebs, bei dem es sich um eine Ausbreitung auf dem Lymphwege im retrograden Sinne handelte, d. h. in der Richtung mammillarwärts. Die Ausbreitung beschränkte sich auf diesen Bereich. Es ist dieser eine Erkrankung, welche klinisch in typischer Weise das Bild von Pagets Disease zeigt, hervorgerufen durch eine sekundärkrebsige Affektion des Brustwarzenhofes. Das Resume ist, dafs dem klinisch fest umschriebenen einheitlichen Begriffe von Pagets Disease kein gemeinsames pathologisch-anatomisches Substrat zugrunde liegt, indem das eine Mal ein Plattenepithel-, das andere Mal ein Cylinderzellen- oder Drüsenkrebs dieses Krankheitsbild hervorrufen kann, wobei das Oberflächenepithel des Warzenhofes oder das die Milchgänge auskleidende Epithel, oder wie im vorliegenden Falle das Parenchym der Milchdrüsen die Carcinomatrix abgegeben kann.

IV. **Pityriasis rosea urticata,** von Hans Vörner-Leipzig. Kurze Krankenbeschreibung eines Falles.

V. **Zur Kenntnis der Pityriasis lichenoides chronica,** von Erhard Riecke-Leipzig. (Fortsetzung.) In bezug auf das klinische Bild der Erkrankung ist zuerst die Multiformität des Exanthems hervorzuheben (Knötchen, Flecken), ferner die Art der Schuppung, die regellose Lokalisation der Knötchen, nur sehr selten ist das Gesicht befallen und die Kopfhaut bleibt gänzlich frei mit Ausnahme des Billeschen Falles, bei dem auch ausnahmsweise die Schleimhaut des Gaumens befallen war. Die Entwicklung des Exanthems geschieht meistens allmählich, der Verlauf des Leidens ist immer chronisch und einförmig, es wechseln Remissionen und Exacerbationen, doch ist das Leiden bis jetzt unheilbar. Es scheint sich um eine Angioneurose zu handeln, es fehlt der Juckreiz. (Schlufs folgt.)

VI. **Sarkome und sarkoide Geschwülste,** von Gustav Fanot-Triest. (Fortsetzung.) Die sarkoiden Geschwülste zeigen, gleichwie die Sarkome und alle bösartigen Neubildungen, ein schrankenloses Wachstum und Neigung zur Metastasenbildung. Alle im Gegensatze zu den Sarkomen bei den sarkoiden Geschwülsten hervorgehobenen Erscheinungen, als da sind: Mangel an scharfer Umgrenzung, peripherisches Wachstum, Infiltration des Gewebes mit nahezu intakter Erhaltung der Struktur desselben, Involution der Knoten, können sich auch bei Sarkomen finden, man kann in dieser Hinsicht Unterschiede nicht geltend machen, gewisse Eigentümlichkeiten in der Haut, namentlich das häufige Vorkommen der Involutionserscheinungen, sind von der Beschaffenheit des Organs abhängig. (Schlufs folgt.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Dermatologisches Centralblatt.

Band X. Februar 1907.

I. **Mitinquecksilber als Schmiersalbe,** von Jessner-Königsberg. Die primäre Verreibung einer Quecksilbersalbe hat wenig Bedeutung, die Hauptsache ist die Verreibbarkeit. Daher ist das Mitinquecksilber den anderen Präparaten vorzuziehen, weil man mit ihm in 12 Minuten dasselbe erreicht, wie mit der offizinellen Salbe in 18—20 Minuten. Die Quecksilberverteilung im Mitinquecksilber ist ebenso fein wie in der offizinellen Salbe, oft sogar noch feiner. Auch Haas bezeichnet das Mitinquecksilber als ein ausgezeichnetes Ersatzmittel für die graue Salbe, er sagt, dafs das Metall sich darin in der feinsten gleichmäfsigen Verteilung befindet, auch schmutzt das Mitinquecksilber nicht und zeigt keine unangenehmen Nebenwirkungen. Jessner

gibt meist nur 3 g pro Inunktion und läfst nur fünf Minuten lang einreiben. Die Erfolge sind in jeder Weise befriedigend.

II. **Glossitis saturnina,** von Max Joseph-Berlin. Joseph berichtet über eine Ausnahmeerscheinung in Gestalt eines auf der Zunge lokalisierten Symptoms bei Bleivergiftung, welche er an sich selbst beobachtete. Beim Plombieren war ein Stückchen Blei längere Zeit in einem kariösen Zahn geblieben. Durch diese Bleiintoxikation, welche sich einstellte, zeigte sich die Zunge erheblich verdickt und mit einem grauen Belag versehen, die ganze Zunge war um ein Viertel dicker als normal, der Belag war nicht diffus ausgebreitet, sondern bestand aus einer grofsen Menge kleiner weifser Erhebungen, die etwa der Gänsehaut entsprechen. Dazu traten Schmerzen, kleine Unbequemlichkeiten beim Sprechen und eine abnorme Trockenheit nebst leisem Metallgeschmack. Nach Entfernung des Bleistücks ging die Erscheinung spontan zurück, die Kugel war zwei Monate im Munde gewesen und solange dauerte auch die Zungenerkrankung. Joseph nennt diese Erscheinung Glossitis saturnina.

III. **Zwei Fälle von Atoxylintoxikation,** von Max Brenning-Berlin. Das seit Jahren statt arseniger Säure vielfach angewandte Atoxyl ist nicht so harmlos, wie man anfangs annahm. Das zeigten schon Tierversuche und die umfangreichen Versuche an Lassars Klinik und anderen. Verfasser selbst sah zwei Fälle von Atoxylintoxikation. Der erste Fall betraf einen Psoriatiker, der subcutane Atoxylinjektionen erhielt, nach der siebenten Injektion erkrankte er an typischer Intoxikation mit den bekannten Erscheinungen. Die Injektionen wurden natürlich sofort ausgesetzt, worauf die Krankheitserscheinungen langsam schwanden. Patient II war ebenfalls Psoriatiker, er erkrankte nach der achten Injektion, der Verlauf war der gleiche. Es trat also in beiden Fällen schon nach geringen Dosen von Atoxyl eine Giftwirkung ein (Pat. I hatte 1,8, Pat. II 2,0 im ganzen erhalten). Das gravierendste Moment bei beiden war die Urinretention und die Somnolenz. *Bernhard Schulze-Kiel.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band 10, Nr. 11.

I. **Geschichte der Lepra auf Hawai von ihrem Ursprung bis zur Entdeckung des Leprabacillus bei Mosquitos (Culex pungens) und bei Bettwanzen (Cimex lectularis) durch den Vorstand der Lepramedizinalbehörde zu Molokai,** von E. S. Goodhue-Holnaloa-Hawai. Kurze Notizen aus den Berichten des Gesundheitsamtes in Honolulu von 1850 bis zur Jetztzeit.

II. **Dhobie auf den Philippinen. Persönliche Beobachtungen,** von Thomas J. Strong-Burlington. Bereits Manson wies nach, dafs Dhobie durch das Mikrosporon minutissimum hervorgerufen wird. Sein Sitz sind vornehmlich Schamleisten und Achselhöhlen. Das Krankheitsbild entspricht dem Erythrasma. Therapeutisch kommen Pinselungen mit Jodtinktur und Chrysarobin in Anwendung.

III. **Arthritis durch venerische Krankheiten,** von Henry W. Frauenthal-New York.

IV. **Technik bei der Behandlung des Epithelioms,** von Kennon Dunham-Cincinnati. Unter bestimmten Verhältnissen ist bei Epitheliomen die Röntgenbehandlung am besten.

V. **Thermotherapie in der Behandlung der venerischen Krankheiten,** von Karl Ullmann-Wien. In Anlehnung an die Leiterschen Thermoapparate hat Ullmann eine Anzahl Modifikationen hydrothermotherapeutischer Apparate angegeben. Er bringt deren Abbildungen und Beschreibungen für Behandlung der Blennorrhoe, Ulcera venerea et mixta, blennorrhoische Arthritis, Furunkulose, Akne und Sycosis parasitaria u. a.

VI. **Herpes zoster des Penis,** von John A. Hawkins - Pittsburg. Bei Herpes progenitalis empfiehlt H. Aufpudern von Kampferpuder und innerlich Phenacetin mit Natrium salicylicum.

VII. **Rationelle Behandlung der Urethritis,** von Noah E. Aronstam-Detroit. Jede Urethritis, sei sie blennorrhoisch oder nicht blennorrhoisch, bedarf der ernsthaftesten Behandlung. Neues bringt der Verfasser nicht.

Band 10, Nr. 12.

I. **Wunderlicher Erfolg bei Lupus vulgaris,** von Gordon G. Burdick-Chicago. Nach täglicher Röntgenbehandlung trat im Verlaufe von sechs Wochen bei einem Falle von Gesichtslupus kein Erfolg ein. Als der Verfasser dies dem Patienten mitteilte, schrie dieser auf, daſs seine lupösen Stellen am Rücken bereits geheilt wären. Es fand sich tatsächlich eine spontane Heilung dieser Stellen.

II. **Behandlung von Blennorrhoe der Urethra anterior und ihrer Komplikationen,** von William Frick-Kansas. Nach einem Referate der Arbeit von Magnus Moeller über die Abortivbehandlung der Blennorrhoe — *Arch. f. Dermat. u. Syph.* Bd. 71. S. 272 — berichtet der Verfasser von seinen eigenen Beobachtungen. Er sah von den neuen Silbersalzen nicht so gute Erfolge als wie von dem Argentum nitricum. Dieses verwandte er in 2—5%iger Lösung in akuten und chronischen Fällen und will damit stets Heilung erzielen.

III. **Medikamente bei der Blennorrhoebehandlung,** von Mark H. Sedro-Denver. Aufzählung bekannter innerer und äuſserer Arzneien, ohne Neues zu bringen.

IV. **Diagnostischer Wert der Leukorrhoe,** von Robert Allen Gamble-Petersburg, Virginia.

V. **Postblennorrhoische Infektion der weiblichen Urethra,** von J. O. Parker-Owosso. Gemeint ist die Infektion der Frau durch ungenügend behandelte Blennorrhoe des Ehemannes.

VI. **Sterilität durch Verschluſs der Timbrien der Eileiter,** von John C. O'Day-Oil City.

Band 11, Nr. 1.

1. **Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injektionen,** von Louis Jullien-Paris. Kritik und Bewertung der am meisten angewandten Hydrargyrumsalze nach dem Hg-Gehalt.

2. **Behandlung des Erysipel,** von Thomas S. Blair-Harrisburg. Zur lokalen Behandlung werden Ichthyol als 10—40%ige Salbe oder als 10%iges Collodium oder Umschläge mit Pikrinsäurelösung 6 : 1000 oder mit Lösung von Tinctura Veratr. virid. 1 : 15 empfohlen.

3. **Beziehung der Erkrankungen der Thyreoidea zu Vitiligo,** von Artur E. Hertzler-Kansas City. Auf Grund der Beobachtung, daſs bei einem Myxödemkranken bei Darreichung von Thyreoidinextrakt die gleichzeitig vorhandene Vitiligo der Handrücken schwand, gab H. bei einem anderen Falle von Vitiligo ebenfalls Thyreoidinextrakt und nahm nach drei Monaten auch hier ein Verschwinden der Vitiligo wahr.

4. **X-Strahlen bei Hautkrankheiten,** von William C. Egelhoff - Chicago. Gute Erfolge des Verfassers mit der Anwendung der Röntgentherapie bei Epitheliomen, tuberkulösen Drüsen, Keloiden und Ekzem.

5. **Chirurgische Behandlung der Hodentuberkulose,** von Charles G. Foote-Cleveland.

6. **Behandlung bei Steinen im unteren Teil des Ureters beim Weibe,** von Edgar Garceau-Boston.

7. **Behandlung der Samenbläschenentzündung,** von James P. Tuttle-NewYork.

8. **Vereiterung der Samenstränge und Behandlung durch Injektionen in das Vas deferens,** von William T. Belfield-Chicago. Ätiologisch kommen für die eitrige Infektion der Samenleiter und Samenbläschen Blennorrhoe, Stenosen der hinteren Urethra und eitrige Prostatitis in Betracht. Der Verfasser legt durch Inzision das Vas deferens frei und injiziert mittels einer gebogenen Kanüle irgendeine der für die Urethra angewendeten Lösungen, welche zur Samenampulle und zu dem Samenbläschen gelangt.

9. **Behandlung der Cystitis beim Weibe,** von Arch. Dixon-Henderson.

10. **Funktionelle Erkrankung der Urethra beim Weibe,** von A. Cincinnatus Smith-San Diego. Gegen die sehr schmerzhafte, mit Tenesmus vesicae einhergehende Neuralgie der Blase des Weibes empfiehlt der Verfasser neben milden Laxantien Santonin, Extr. Pichi fluid., Extr. Cocklebur fluid., Extr. Gelsemium fluid., Extr. Uvae ursi fluid. u. a. und Trinken von geringen Portionen kühlen Wassers.

11. **Handschuhe in der Chirurgie der Geschlechts- und Harnkrankheiten und die Anwendungsart derselben,** von Douglas H. Stewart-New York. Nach desinfizierenden Waschungen sind die Hände mit einer Alaunpaste einzureiben, so daſs diese mit dicker Schicht bedeckt sind, um danach die sterilisierten Handschuhe anzuziehen.

12. **Nichtchirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie,** von William Fuller-Chicago.

13. **Ein Fall von Bromexanthem bei einem mit der Brust genährten Säugling,** von Carl Leiner-Wien. Ein dreimonatiges Kind zeigte ein papulo-pustulöses Exanthem des Körpers und Gesichtes. Die Mutter, welche das Kind selbst nährte, hatte wegen Epilepsie Brom genommen. Auf Nachlassen der Bromeinnahme seitens der Mutter verschwand auch das Exanthem des Kindes und es kehrte wieder, als die Mutter aufs neue Brom einnahm.

Differentialdiagnostisch kamen Impetigo staphylogenes Unna oder Impetigo Bockhart in Betracht.

14. **Die Behandlung nach Prostatektomie,** von Joseph B. Bissel-New York.

15. **Nephroptosie und ihre Behandlung,** von Bynon Robinson-Chicago.

16. **Fibroma molluscum,** von A. Ernest Gallant und Ernest Ellswooth Smith-Sommerville.

17. **Blasenstein, durch eine Nadel verursacht, welche vom Darmkanal in die Blase gewandert war,** von Albert H. Cordier-Kansas. Ein 16jähriger Junge litt an typhoidem Fieber, danach an Blasenbeschwerden. Bei der suprapubischen Eröffnung der Blase wird ein länglicher Stein gefunden, der sich um eine Stecknadel inkrustiert hatte. Das typhoide Fieber erscheint nunmehr als eine lokalisierte Peritonitis durch Eindringen der Nadel zu deuten.

18. **Noli me tangere: die Prostata,** von Frederik R. Sturgis-New York. Atiologie der Prostatahypertrophie und Warnung vor unnötiger Anwendung der chirurgischen Behandlung der Kauterisation.

19. **Zur Parasitologie der Verruca vulgaris,** von Max Schueller-Berlin. Schueller fand bei der mikroskopischen Untersuchung der Verruca cutis simplex in den tiefsten Teilen der Epidermis und den oberen Lagen des Coriumbindegewebes eine groſse Zahl von ovalen und eliptischen Kügelchen von 3—5 μ im Durchmesser mit doppelter Kontur.

20. **Therapeutische Winke für Hautleiden von Kindern vom pädiatrischen Standpunkt,** von Louis Fischer-New York. Bei akutem Ekzem der Kinder mit

starkem Juckreiz empfiehlt der Verfasser Ichthyol mit Unguentum aquae rosae, gegen Herpes tonsurans Chrysarobin, gegen Alopecia areata reine Karbolsäure.

21. **Urethralpolypen in der Menopause**, von Frederik Greenbaum-Chicago.

Band 11, Nr. 2.

1. **Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnis von der Ätiologie der Syphilis**, von Albert Neisser-Breslau.

2. **Übersicht über die Hautkrankheiten, welche in Angola, West-Afrika, beobachtet wurden**, von F. Creighton Wellmann-Benguella. Einen breiten Raum nehmen in der Aufzählung Keloide, Uluyue (Gundu), Ainhum, Yaws und verwandte tropische Hautkrankheiten ein, welche z. T. in Zeichnungen wiedergegeben werden.

3. **Klinische Verwendung des blauen Lichtes**, von Otto Juettner-Cincinnati. Die allgemeine Bestrahlung des ganzen Körpers mit blauem Licht ist als mildes Sedativum für viele nervöse Hautleiden empfehlenswert. Lokale Applikation wirkt besonders, wenn es gilt, Schmerzen zu lindern.

4. **Behandlung der Pyelitis durch Nierenspülung**, von Lewis W. Bremerman-New York. Mittels Ureterenkatheters spült B. Borsäurelösung oder schwache Argent. nitr.-Lösung in das Nierenbecken. In zwei Fällen von eitriger Pyelitis sah er gute Erfolge damit.

5. **Pathologische Verhältnisse der Urethra, durch Urethroskopie diagnostiziert**, von Noah E. Aronstam-New York.

6. **Spinalanästhesie durch Amyl. hydrochlor. in der Chirurgie der Harnwege**, von W. Wayne Babcock-Philadelphia.

7. **Beziehungen der Blennorrhoe zur Schwangerschaft und Geburt**, von George W. Finley-Brazil.

8. **Nierenerkrankungen im Zusammenhang mit Blennorrhoe und ihre Behandlung**, von Frank W. Johnson-Boston. Bei katarrhalischer Pyelitis und bei chronischer parenchymatöser Nephritis infolge von Blennorrhoe leistet Spülung des Nierenbeckens mit schwacher Argent. nitr.-Lösung gute Dienste.

9. **Cerebrale Syphilis**, von Henry Alfred Robbins-Washington.

10. **Chronische blennorrhoische Prostatitis**, von Arthur L. Chute-Boston.

11. **Tertiäre Syphilis**, von John V. Shoemaker-Philadelphia. Klinischer Vortrag.

12. **Behandlung der Prostatahypertrophie**, von George Tully Vaughan-Washington.

13. **Behandlung einiger Hautleiden**, von John P. Mc Gowan-New York. Bei pustulösen Eruptionen bei Pediculosis empfiehlt Mc Gowan eine Karbolquecksilbersalbe mit Ichthyol. Bei Bromidrosis bietet ihm Essigsäurelösung gute Dienste. Bei Warzen ist neben Kauterisation eine Pinselung von Acid. lactic. und Acid. salicyl. aa 0,5 und Collodium elast. 7,0 erfolgreich.

14. **Behandlung von Lupus, abgesehen von Lichtbehandlung**, von George G. Melvin-St. John. Es ist zweifellos unrichtig, wegen der Kenntnis der Wirkung der Röntgenbestrahlung des Lupus vulgaris auf die altbewährten Methoden der kaustischen Pasten, der Kurrettage, der Kauterisation und Exzision zu verzichten. Im Gegenteil, man wird mit diesen Methoden in vielen Fällen auch weiterhin gute Erfolge erzielen.

15. **Inkonsequenzen im Verlaufe von Syphilisfällen**, von Frank W. Ross-Elmira. Bei derselben kranken Person erwarb ein starker, gesunder und ein schwächlicher Mann Lues. Bei dem kräftigen Mann traten die sekundären Erscheinungen äußerst heftig auf, während die Infektion des schwächlichen Mannes überaus mild zu sein schien. Jedoch infizierte der letztere seine Frau, deren tertiäre Syphilis eine

Nekrose des Nasenbeins herbeiführte. Der erstere hingegen infizierte seine Gattin nicht und zeigte bis jetzt keine Spätformen der Syphilis.

Eine junge Frau erwarb Lues; ihre Erscheinungen schwanden bald. Infolgedessen beachtete sie den ärztlichen Rat zur Weiterbehandlung nicht; sie heiratete, abortierte wiederholt und bekam tiefe tertiäre Ulcerationen des Pharynx.

Ein junger Mann mit typischem Ulcus und Schleimhautplaques heiratete trotz aller Warnung. Seine Symptome verschwanden. Er infizierte seine Frau nicht; ein gesundes Kind wurde ihm geboren. Eltern und Kind haben keine luetischen Erscheinungen gezeigt.

16. **Glycogen in der Haut**, von H. Brunner-Bern. In Condylomata acuminata, Warzen, Carcinom, Lupus und Tuberculosis verrucosa cutis, bei Erysipel, gummösen Ulcerationen, bei Dermatitis herpetiformis, bei Lichen ruber planus und Mykosis fungoides ist Glycogen nachweisbar. *Schourp-Danzig.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1907. Heft 2.

Der Liquor cerebrospinalis bei den Heredosyphilitikern, von Paul Ravaut. Bei Patienten mit erworbener Syphilis enthält die Cerebrospinalflüssigkeit im sekundären Stadium häufig Lymphkörperchen, während sie im tertiären Stadium in nicht seltenen Fällen frei von ihnen ist. Besteht aber im tertiären Stadium eine Lymphocytose des Liquor cerebrospinalis, so mufs man sich, auch bei völligem Wohlbefinden des Patienten, auf das Auftreten schwerer nervöser Erkrankungen gefafst machen. Verfasser gibt für dies Verhalten eine geistreiche Erklärung: Das sekundäre Stadium stellt eine Allgemeininfektion des Organismus dar, alle Körpersysteme sind mehr oder minder befallen; bei geeigneter Behandlung kann das Virus aber an allen Stellen gleichmäfsig unschädlich gemacht werden. Dagegen zeigt eine Trübung der Cerebrospinalflüssigkeit im dritten Stadium an, dafs die Syphilis sich im Nervensystem zu lokalisieren im Begriffe steht. Dies Symptom ist dann immer sehr ernst zu nehmen und gibt in zweifelhaften Fällen einen zuverlässigen Fingerzeig für Diagnose und Therapie.

Mit diesem aus früheren Arbeiten gewonnenen Befund decken sich nun auch die Ergebnisse der Untersuchungen, die Verfasser bei 28 heredosyphilitischen Kindern und Neugeborenen angestellt hat. Von diesen 28 kleinen Patienten hatten acht keinerlei syphilitische Symptome; unter diesen acht anscheinend gesunden Kindern beherbergte nur eines in seinem Liquor eine mäfsige Menge von Lymphkörperchen. Von den 21 übrigen dagegen mit Haut- und Schleimhautsymptomen hatten 16 einen mehr oder minder stark getrübten Liquor cerebrospinalis. Das auffällige Verhalten, dafs fünf Kinder mit Krämpfen und hydrocephalen Symptomen eine klare Cerebrospinalflüssigkeit besafsen, während bei fünf anderen Säuglingen mit stark getrübtem Liquor jede nervöse Störung fehlte, erklärt Verfasser durch den Hinweis, dafs nervöse Symptome wie die in Frage stehenden bei Säuglingen auch vom Darm aus, durch Rhachitis usw. ausgelöst werden können, dafs man sie aber erst bei bestehender Lymphocytose in der Rückenmarksflüssigkeit auf das Konto der angeborenen Syphilis setzen darf. Entsprechend dieser seiner Auffassung hat er die spezifische Behandlung bei seinen kleinen Patienten erst eingestellt, wenn der Liquor ganz klar war.

Die Spirochaeta pallida konnte er in der Cerebrospinalflüssigkeit, auch wenn sie stark getrübt war, nie nachweisen; er meint, dafs die dickwandigen Gefäfse von Gehirn und Rückenmark ihr keinen Durchlafs gewähren.

Zwei Fälle von Sarcoides subcutaneum, von Georges Thibierge und Benjamin Bord. Das Sarcoides subcutaneum ist zuerst 1904 von Darier und Roussy beschrieben worden. Obschon es nicht selten vorkommt, so liegen doch bislang nur wenige Beobachtungen vor, weil man es bisher übersehen oder verkannt hat.

Die Verfasser teilen hier zwei weitere Fälle mit, von denen sich der eine völlig mit der Beschreibung von Darier und Roussy deckt. Die 56 Jahre alte Patientin bemerkt seit 12 Jahren auf ihrem linken Oberschenkel kleine Knötchen. Diese stehen teils einzeln, sind teils zu gröfseren Flächen verschmolzen. Die einzelnen Knötchen sind erbsen- bis mandelgrofs, knorpelhart, mit der Haut etwas, mit dem Unterhautgewebe gar nicht verwachsen, auf Druck schmerzhaft. Das Gesagte trifft auch für die gröfseren Herde zu, die mit der Haut aber fest verwachsen sind. Histologisch erwiesen sich diese Gebilde aus Lymphocyten und, soweit sie in der Cutis safsen, auch aus Riesenzellen aufgebaut, als Gerüst dienten mehr oder weniger degenerierte Bindegewebszellen von epithelioidem Aussehen. Das Knötchen ist häufig von Gefäfsen durchzogen und zerstört nur ganz langsam die Schweifsdrüsen. Unter der Einwirkung von Röntgenstrahlen schmolzen die Gebilde wesentlich ein.

Der zweite Fall, der eine 33jährige Patientin betraf, weicht von dieser Beschreibung etwas ab. Hier handelt es sich nämlich um gröfsere Herde, die mit der Haut fest verwachsen, auf Druck unempfindlich sind. Der älteste dieser Herde safs auf der Mitte des rechten Unterschenkels; er hatte sich hier vor vier Jahren im Anschlufs an ein leichtes Trauma entwickelt, war länglich rund, 12 cm lang und 10 cm breit, von braunbläulicher Färbung und mit äufserst feinen Schuppen bedeckt. Begrenzt wurde dieser Herd von einem Kranz papulöser und fleckiger Elemente. Verschiedene derartige Herde fanden sich an beiden Unterschenkeln.

Verfasser weisen auf die auffallende Ähnlichkeit hin, den dieser Fall mit dem Erythema induratum hat. Die Verwandtschaft des Sarcoides subcutaneum mit dem Erythema induratum hatten schon Darier und Roussy betont.

Ein rezidivierendes Erythema circinatum, von Bloch. Verfasser gibt seinem Fall den Untertitel: Dermatite herpétiforme, variété érythemateuse (?). Bei dem jetzt 16jährigen Mädchen zeigte sich der Ausschlag zuerst vor sieben Jahren im Anschlufs an eine Verbrennung des Gesäfses und hat sich seitdem in häufigen Anfällen wiederholt. Alle paar Monate erscheinen — unter Brennen und Jucken in den befallenen Teilen — besonders auf dem Rücken bis zu den Schenkeln hinunter, auf den Brüsten, dem Epigastrium usw. linsengrofse, flache Papeln, deren Anordnung keinen Zusammenhang mit dem Talgdrüsensystem verrät, die exzentrisch weiterwachsend zu gröfseren Herden zusammenfliefsen. Diese Herde verschwinden nach einigen Tagen wieder unter Hinterlassung brauner Flecken. Während des ganzen Vorgangs besteht weder Fieber noch Unbehagen. Die Dermatose läfst sich weder durch Salben noch innere Mittel beeinflussen. Die Papeln bestehen aus zahlreichen Lymphzellen, die eine diffuse Infiltration der Cutis und perivaskuläre Knötchen hervorbringen. Der Liquor cerebrospinalis enthielt einmal während eines Anfalles Lymphkörperchen in merklicher Menge.

Bemerkungen über das Verhalten des Blutes bei der Sklerodermie, von E. Constantin und Levrat. Die Verfasser fanden bei zwei Fällen fortschreitender Sklerodermie Verringerung in der Zahl der Leukocyten und Verschiebungen im Verhältnis ihrer Varietäten zueinander. Auch die roten Blutkörperchen können in ihrer Menge verringert sein, doch liefsen sich keinerlei Beziehungen zwischen diesen Veränderungen und der Natur der Krankheit auffinden. Nebenbei wird bemerkt, dafs Thyreoidin sich in diesen beiden Fällen sehr wirksam erwies.

Türkheim-Hamburg.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1906. Band II, Heft 21—24.

1. **Die Wiederherstellung des Perinealteiles der Urethra bei schweren Verletzungen des Perineums, bei traumatischen Harnröhrenstrikturen mit komplizierten Veränderungen und bei gewissen bisher als unheilbar betrachteten blennorrhoischen Strikturen,** von O. Pasteau und A. Iselin. (Heft 21—24.) Die Verfasser wollen in ihrer grofsen, von der Académie de médecine preisgekrönten Arbeit die Erfolge oder vielmehr Mifserfolge der zurzeit gebräuchlichen Eingriffe bei Rupturen der Urethra und bei traumatischen Harnröhrenverengerungen klarlegen und schildern im Anschlufs an ihre kritischen Betrachtungen eine neue Behandlungsmethode, durch welche die Bildung von Strikturen nach schweren Verletzungen des Perineums verhütet wird und bereits vorhandene traumatische und gewisse bisher für unheilbar gehaltene blennorrhoische Verengerungen sicher und dauernd beseitigt werden können. Die Behandlung der Harnröhrenrupturen mufs, wenn nicht alsbald Strikturen enstehen sollen, dahin wirken, dafs die Verheilung und Vernarbung der beiden Stümpfe eine regelmäfsige und glatte wird, und dafs insbesondere keine periurethralen Infiltrationen und Zellgewebswucherungen zustande kommen. Denn gerade diese Wucherungen, welche die Harnröhre rings umschnüren, spielen eine wesentliche Rolle bei den traumatischen Strikturen, und während eine Verengerung, die nur durch einen Narbenstrang an der unteren Harnröhrenwand verursacht ist, verhältnismäfsig leicht zum Verschwinden gebracht werden kann, erfordern Strikturen, bei denen neben der Narbe auch noch kallöse Wucherungen vorhanden sind, eingreifende Operationen. Die bei schweren Verletzungen der Urethra üblichen Mafsnahmen, die Einlegung des Verweilkatheters, die Urethrotomia externa mit Katheterisierung durch die Perinealwände oder durch die Urethra und die Vernähung der Harnröhrenstümpfe mit und ohne Naht der umgebenden Weichteile, sind, wie die Verfasser in ausführlichen Darlegungen zeigen, nicht geeignet, die Bildung periurethraler Gewebswucherungen und damit die Entstehung schwerer Strikturen zu verhindern; das gilt namentlich auch für den sofortigen Verschlufs der Harnröhrenwunde durch Naht. Bei Rupturen der Urethra darf man überhaupt nicht darauf ausgehen, den Harnröhrenkanal sofort „auszubessern“; der zerstörte Teil mufs vielmehr neu hergestellt werden. Das geschieht, indem man eine grofse perineale Harnröhrenfistel anlegt, die von Harnröhrenwand und perinealer Haut umsäumt durch eine plastische Operation leicht geschlossen werden kann, sofern sie nicht von selbst zuheilt. Das ganze Verfahren, das die Verfasser empfehlen, ist folgendes: Nach Ausführung eines grofsen, vom Skrotum bis zum Anus reichenden Längsschnittes wird der hintere Harnröhrenstumpf aufgesucht, ein Katheter in die Blase eingeführt, die Wände von Blutgerinnseln und Gewebstrümmern befreit und die Blutung möglichst exakt gestillt; dann werden die Harnröhrenwände von der rupturierten Stelle rechts und links mit Catgutfäden gefafst, glatt an die perineale Wunde angelegt und, wenn es ohne Ausübung irgendwelchen Zuges möglich ist, mit den perinealen Hauträndern vernäht. Gelingt das ohne Anspannung der Harnröhrenwandungen nicht, so begnügt man sich damit, diese in der Nähe der Hautränder an die Weichteile anzunähen. Damit das Lumen an der Mündung des hinteren Harnröhrenstumpfes ein möglichst weites wird, empfiehlt es sich in manchen Fällen, an der unteren Wand dieses Stumpfes eine kleine longitudinale Inzision zu machen und die Schenkel des dadurch entstehenden Winkels auch mit der Haut zu vernähen. Nach Vollendung der Naht wird verbunden und ein Verweilkatheter eingeführt, der gewöhnlich nur 4—5 Tage, höchstens 8 Tage liegen bleibt; dann darf der Harn durch die Fistel entleert werden. Gleich nach Entfernung des Verweilkatheters wird mit einer sehr vorsichtigen Dilatationskur begonnen;

während derselben schließt sich die Fistel häufig spontan, und es muſs dann nur noch die Dilatation einige Monate hindurch fortgesetzt werden. Heilt die Fistel nicht von selbst zu, dann ist eine plastische Operation nötig; die Deckung wird am besten durch zwei übereinandergelegte perineale Hautlappen vorgenommen. Man bildet sich zuerst links von der Harnröhre einen nahezu viereckigen, 4 cm grofsen Lappen, der von aufsen nach innen zu lospräpariert wird; sein innerer Rand bleibt mit der Unterlage verwachsen. Dieser Lappen wird so über die Fistelöffnung herübergeschlagen, dafs die äufsere von Epidermis bekleidete Fläche gegen den Harnröhrenkanal zu, die blutende Fläche nach aufsen gewendet ist. Dann wird auf der rechten Seite von innen nach aufsen zu ein zweiter Lappen frei präpariert, dessen äufserer Rand adhärent bleibt; dieser Lappen wird so über den ersten herübergezogen, dafs er ihn und den auf der linken Seite entstandenen Substanzverlust mit seiner blutenden Fläche bedeckt. Die neue, aus Haut und Schleimhaut bestehende untere Harnröhrenwand bleibt in jedem Falle, sowohl nach spontanem Verschlusse der Fistel, wie auch nach Vornahme der plastischen Operation, weich und geschmeidig und hat keine Neigung sich zusammenzuziehen.

Im zweiten Teile der Arbeit beschreiben die Verfasser ausführlich die pathologische Anatomie der traumatischen Harnröhrenstrikturen, ihre Wirkung auf Blase, Ureteren und Nieren, die klinische Entwicklung und die Diagnose; dann bringen sie eine eingehende kritische Würdigung der gebräuchlichen Behandlungsmethoden, also der Dilatation, der Urethrotomia interna und externa und der Resektion in ihren verschiedenen Formen. Von diesen Methoden kommt die Dilatation eigentlich nur als Nachbehandlung nach operativen Eingriffen in Betracht, aber auch die Urethrotomia interna und externa eignen sich nur für ganz leichte Fälle, sie führen überdies nie zu einer wirklichen Heilung, sondern stellen nur ein Mittel dar, um mit Hilfe von Dilatationskuren ein genügend weites Lumen der Urethra zu erhalten. Wirklich beseitigen kann man Strikturen nur durch Resektion des Narbengewebes, und die möglichst vollständige Resektion aller narbigen Massen und etwaiger Fistelgänge mit Abtragung des angrenzenden Teiles der Urethra bildet daher auch den ersten Teil desVerfahrens, das dieVerfasser zur Anwendung bei traumatischen Strikturen empfehlen. Dagegen warnen sie davor, den durch die Resektion entstandenen Substanzverlust so zu decken, wie es jetzt geschieht; denn weder die Heilung durch Granulationsbildung noch die Wiedervereinigung der Harnröhrenstümpfe durch Naht noch der Verschlufs des Defektes mittels der Weichteile des Perineums bieten irgendwelche Sicherheit dafür, dafs es nicht wieder zu Gewebswucherungen und damit zu neuer Strikturierung kommt. Die Verhältnisse nach Resektionen der Urethra sind die gleichen wie bei Harnröhrenrupturen und darum mufs auch die Behandlung im Prinzip die gleiche sein; hier wie dort legen die Verfasser, statt die Urethra sofort zu verschliefsen, eine weite perineale Fistel an. Sie nehmen je nach der Ausdehnung der vorhandenen Veränderungen eine möglichst vollständige Entfernung des sklerotischen Gewebes nebst partieller oder totaler Resektion der Urethra vor und vereinigen nach totaler Resektion, wenn es möglich ist, die obere und die seitlichen Harnröhrenwände durch Catgutnähte wieder. Dagegen werden die beiden Ränder der unteren, in longitudinaler Richtung gespaltenen Wand nicht miteinander, sondern mit den Rändern der perinealen Wunde vernäht; die Haut des Perineums wird dabei bis zur Berührung mit den Seitenteilen der Urethra eingestülpt. Die Nachbehandlung ist die gleiche wie bei der Operation bei Harnröhrenrupturen. Ist nach totaler Resektion der Urethra der Defekt so grofs, dafs eine Vereinigung der oberen und der seitlichen Wände durch Naht nicht möglich ist, dann werden die beiden Stümpfe einzeln auf beiden Seiten möglichst nahe aneinander mit der Haut des Perineums vernäht; ein Verweil-

katheter wird in diesem Falle nicht eingelegt. Schliefst sich die Fistel nicht spontan, dann mufs sie in der oben angegebenen Weise durch zwei übereinandergelegte perineale Hautlappen gedeckt werden. — Das gleiche Verfahren empfiehlt sich nach den von den Verfassern in zwei Fällen gemachten Erfahrungen auch für ausgedehnte hochgradige blennorrhoische Strikturen, die durch andere Methoden nicht oder nicht dauernd beseitigt werden können.

2. **Studie über die Wolffschen Cysten des Samenstranges,** von Vautrin und Apffel. (Heft 22.) In einer im Jahre 1889 erschienenen Arbeit hat Vautrin darauf hingewiesen, dafs die Spermacysten aus den Wolffschen Körpern hervorgehen und dafs sie nicht immer intravaginal sitzen, sondern auch aufserhalb der Tunica vaginalis propria an irgendwelcher Stelle der unterhalb des Leistenkanals gelegenen Samenstrangpartie vorkommen. Auch eine in der letzten Zeit von V. exstirpierte Spermacyste safs extravaginal; bei der mikroskopischen Untersuchung des Tumors zeigte sich, dafs der Bau seiner Wandung mit dem Bau der aus den Wolffschen Körpern hervorgehenden Sexualorgane durchaus übereinstimmte. Das ist ein neuer Beweis für die Richtigkeit der Ansicht, dafs die Spermacysten den Wolffschen Körpern entstammen. Gleich der Histologie spricht, wie V. ausführlich darlegt, auch die embryologische Betrachtung und die klinische Beobachtung für diese Anschauung.

3. **Antrittsvorlesung,** von Albarran. (Heft 23.) Der Vortrag, mit dem A. den Lehrstuhl Guyons übernahm, enthält einige Angaben über die ersten Anfänge der Urologie und über den Anteil, den die französische Schule an der glänzenden Entwicklung der Urologie nahm. Mit einer warmen Huldigung für seinen Meister und Vorgänger Guyon schliefst A. diese Ausführungen und weist dann eindringlich darauf hin, dafs die modernen Urologen nicht nur Chirurgen, nicht nur Techniker sein dürfen, sondern auch eine gründliche Ausbildung auf dem Gebiete der internen Medizin nötig haben, wenn ihre spezialistische Tätigkeit erspriefslich sein soll.

4. **Die Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen,** von André Tansard und Georges Fleig. (Heft 24.) Die Verfasser haben zwei Fälle von Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen behandelt. Bei dem einen Kranken, bei dem schwere Störungen des Allgemeinbefindens vorhanden waren, mufste die Behandlung nach viermaliger Bestrahlung abgebrochen werden, doch bewirkten auch diese vier Sitzungen schon eine deutliche Verkleinerung der Prostata und eine Verminderung der Zahl der Miktionen. Bei dem zweiten Patienten führten zwölf Bestrahlungen zu nahezu vollständiger Atrophie der Prostata, der Residualharn verschwand, die Zahl der Harnentleerungen wurde bedeutend geringer, die Schmerzen hörten auf. — Die Verfasser applizieren die Strahlen auf das Perineum; sie verwenden der Tiefenwirkung wegen harte Röhren. Da die Perinealgegend sehr empfindlich ist, mufs sehr vorsichtig vorgegangen werden: man soll die Bestrahlungen nur in Zwischenräumen von 14—20 Tagen vornehmen und bei einer Sitzung nicht über fünf Einheiten des Holzknechtschen Chromoradiometers hinausgehen. In dem zweiten der hier beschriebenen Fälle entstand schon nach einmaliger Applikation von sechs Holzknechtschen Einheiten eine sehr schmerzhafte Dermatitis, die eine fast zweimonatliche Unterbrechung der Behandlung nötig machte. — Indiziert ist nach Ansicht der Verfasser die Anwendung der Röntgenstrahlen 1. bei Prostatikern, bei denen noch keine Harnretention besteht, 2. bei jungen Prostatikern, 3. bei Prostatikern mit Retention, die wegen ihrer sozialen Stellung nicht in erster Linie auf Raschheit der Heilung Gewicht legen müssen, 4. bei Prostatikern mit infizierter Blase, 5. bei sehr alten Prostatikern, 6. bei Prostatikern mit Nierenveränderungen. *Götz-München.*

Annales des Maladies vénériennes.

Band II. Februar 1907.

I. **Über die Häufigkeit und den pathogenen Mechanismus des Schielens bei Hereditär-Syphilitischen,** von A. Antonelli. Das häufige Vorkommen des Strabismus, vor allem des Strabismus convergens bei Hereditär-Luetischen ist eine auffallende Erscheinung, wie schon Fournier seinerzeit feststellte. Auch Verfasser teilte schon 1897 mit, daſs er unter 90 Beobachtungen von Hereditär-Syphilitischen mit Symptomen an den Augen 30 mal Strabismus convergens konstatieren konnte. In den Jahren 1897—1900 fand er unter 400 Fällen fast 50% mit Strabismus an, und auch bis heute machte er stets dieselbe Beobachtung. Für eine beträchtliche Zahl der Fälle hat der Strabismus und vor allem der Strabismus convergens aller dieser jungen Menschenkinder seinen Grund in gewissen infektiösen oder toxischen erblichen Anlagen, unter welchen die Syphilis den Löwenanteil beansprucht. Die meisten Kinder verdanken dieses Schielen der elterlichen Syphilis, denn man kann unter den Hereditär-Luetischen, wie gesagt, die Hälfte als schielend betrachten. Die Dystrophie oder die hereditär-syphilitischen Läsionen können den Strabismus durch folgenden Mechanismus hervorrufen: 1. Störungen des sensiblen Teils des binokulären Sehapparates verhindern das Gehirn gleichzeitig zwei Bilder auf der Netzhaut aufzunehmen selbst dann, wenn die Sehschärfe gut und auf beiden Seiten gleich ist. Diese Sehstörung würde analog sein anderen Störungen der höheren Gehirnfunktionen, wie sie oft durch Dystrophien im allgemeinen hervorgerufen werden oder durch Rückstände aller Art. 2. Störungen des ernährenden Teils des binokularen Sehapparates oder der Verbindung dieses Teils mit dem sensitiven. An diese Störungen könnten sich die Akkommodationslähmung anschlieſsen, ebenso einige Paralysen oder Paresen des Okulomotorius im intrauterinen Leben oder in den ersten Lebensjahren, die später durch ihre gröſseren Funktionsstörungen einen gleichzeitigen Strabismus vortäuschen. Diese Störungen hindern den wahren Mechanismus des doppeläugigen Sehens. Die würden analog sein den Störungen der koordinierten Reflexbeweglichkeit, welche so oft bei den Dystrophien im allgemeinen das Stammeln bewirken, trotz gesunder Erhaltung der Wortbildungsorgane, oder auch das Gehen erschweren trotz sichtlicher Gesundheit der Beine. 3. Gibt es deutliche Störungen des eigentlichen Sehapparates, Astigmatismus und angeborene Defekte des Augenhintergrundes. Diese Störungen verursachen ein falsches Sehen, es fehlt dann ein gleichzeitiges Sehen auf beiden Augen nach beiden Seiten. Ist in solchen Fällen die Sehschärfe geschwächt, so bildet sich von seiten jedes einzelnen Auges der Richtungsreflex aus. Ist nun das eine Auge schärfer, so wird sich dieses bald daran gewöhnen, allein zu fixieren, und das andere wird dann zum Schielen verleitet.

II. **Über die Diagnose der Blennorrhagie während der Inkubationszeit mit Hilfe von Kulturen auf Blutgelatine,** von V. Griffon. Der praktische Wert einer möglichst frühzeitigen Diagnose der Blennorrhoe ist ja selbstverständlich, da dann eine Abortivkur unter Umständen von glänzendem Erfolg sein kann und die Krankheit im Keime erstickt wird. Die vom Verfasser vorgeschlagene Methode kann schon 16 Stunden nach einer verdächtigen Kohabitation die Diagnose sichern. Er nimmt von der Urethralflüssigkeit etwas auf ein Glas mit Blutgelee, auf dem sich im Falle einer Infektion sehr schnell die Kulturen entwickeln. Die Technik, solche Tuben mit Blutgelee zu schaffen, wird ausführlich geschildert, sie ist einfach und leicht ausführbar. Im positiven Falle wendet Verfasser dann sofort eine Abortivbehandlung des noch nicht zum Ausbruch gekommenen Trippers an.

III. **Über Syphilisbehandlung in Aachen,** von M. Chirarg-Paris. Verfasser berichtet über seine Eindrücke von Aachen, speziell als Ort für Syphilisbehandlung.

Er empfiehlt seinen Landsleuten, manches davon nachzumachen. Er schildert die Art der Behandlung mit Quecksilber und Schwefelbädern, die für den Deutschen nichts Neues bietet, besonders die in Frankreich wenig ausgeübten Einreibungen durch eigens geschultes Personal und die Trinkkuren nebst Bäder. Die ganze Aufmachung und Organisation, welche eine grofse Menge von Patienten nach Aachen führt hat dem Verfasser imponiert, und scheint ihm nachahmenswert.

IV. **Über einzelne Krankheitsfälle aus dem Hôpital Saint Louis in Paris,** von Mallioizel und Monier-Vinard. Verfasser berichten über einzelne Fälle aus der Klinik von Gaucher. 1. Ein Kranker mit einer Hemiplegie, welches das Brown-Séquardsche Symptom zeigte und dabei Syphilis und Blennorrhoe hatte und bei welchem die Erscheinungen dieser beiden Krankheiten beeinflufst wurden von der Nervenstörung. Die Behandlung bestand in Milchdiät, Umschlägen mit Guajakolsalbe auf die entzündete Epididymis und Injektionen von Hydrargyr. benzoatum. Es erfolgte absolute Heilung.

2. Gangrän des Präputium. Ein 18jähriger Jüngling kam mit einem starken, schmerzhaften Ödem des Präputium, welches sich fünf Tage nach einem Coitus eingestellt hatte, in die Klinik. Die ganze Eichel war geschwollen, besonders das Präputium. Das Ödem war hart, schmerzhaft beim Druck und fühlte sich heifs an. Alles erscheint kupferrot, auf dem Penisrücken sieht man deutlich Lymphangitis, unter dem Präputium erscheint blutiger stinkender Eiter, ein Zurückbringen der Vorhaut ist unmöglich, die linke Leistendrüse ist stark geschwollen, schmerzhaft. Allgemeinbefinden schlecht, Temperatur 38,8—39,1°. Einige Tage darauf erscheint das ganze Präputium schwarz und brandig. Man schreitet zum Thermokauter und kommt so langsam zur Heilung.

V. **Gumma der linken Mandel, Syphilis maligna praecox,** von Laffont-Paris. Es handelt sich um eine gummöse Ulceration der linken Mandel bei einem 43jährigen Manne, die schon sechs Monate nach dem Primäraffekt auftrat, ein Tertiarismus praecox trotz intensiver antisyphilitischer Behandlung von Anfang an. Der Primäraffekt hatte an der Oberlippe gesessen, wie ja oft gerade extragenitale Sklerosen schwere Syphilis im Gefolge haben. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Lepra.

1907. Band VII, Heft 1.

I. **Über die Lepra im Kanton Wallis. Nebst Bemerkungen über exotische Leprafälle in der Schweiz,** von Jadassohn - Bern und A. Bayard - Lenk. In dem 195 Seelen zählenden Dorfe Guttet sind nach Angaben der Bevölkerung in vier Generationen acht Fälle von Lepra vorgekommen; die beiden jüngsten Fälle konnten ärztlich festgestellt werden. Aufserdem wurde ärztlicherseits in vier anderen Fällen Lepra erkannt. Es handelte sich um tuberöse bezw. gemischte Form der Erkrankung. Die Frage, wie dieser endemische Lepraherd entstanden ist, bleibt unbeantwortet. Jedenfalls hat die relative Abgeschlossenheit des Ortes günstig in dem Sinne gewirkt, dafs der Herd nicht auf andere Orte sich ausgebreitet hat. Doch ist, um die Ausbreitungsgefahr zu bekämpfen, eine wirkliche Isolierung der Kranken erforderlich. Am meisten empfiehlt sich hierzu die Errichtung eines kleinen Lepraheims.

Dafs in der Schweiz auch einzelne importierte Leprafälle zur Beobachtung kamen, ergibt eine Durchsicht früherer Publikationen, aus denen die Verfasser neun Fälle zitieren. Nach alledem erscheint auch in der Schweiz eine gesetzliche Regelung der Angelegenheit berechtigt und notwendig. (Die Arbeit ist gleichzeitig im *Corresp.-Blatt f. Schweizer Ärzte.* 1907. 1/2 erschienen.)

II. **Ein Fall von Lepra tuberosa; annähernde Heilung**, von J. Ashburton Thompson - Sydney. Der Fall betraf einen 65jährigen Soldaten. Es wurde ihm fast zwei Jahre hindurch Chaulmoogra-Öl in Kapseln verabfolgt.

III. **Lepra bei den Garos des Goalparadistriktes von Assam**, von D. W. Ritchie-Goalpara.

IV. **Zu Hutchinsons Fischtheorie**, von G. Armauer Hansen. In Finnmarken, dem nördlichsten Teile Norwegens, sind seit 1892 keine Fälle von Lepra mehr konstatiert worden, trotzdem die dort genossenen Fischwaren in derselben Weise wie früher zubereitet werden. Diese Tatsache spricht entschieden gegen die Richtigkeit der Hutchinsonschen Theorie.

V. **Über den Bau eines Leprosoriums in den Tropen**, von B. Römer-Medan-Deli. Das Leprosorium ist nach den Grundsätzen der modernen Hygiene zu erbauen. Sein Ort soll, wenn nicht auf einer abgelegenen Insel, doch so weit wie möglich entfernt von jeder bewohnten Niederlassung sein. Die beste Lage ist auf schräg nach einem Fluſs ablaufendem Terrain auf sandigem Boden. Beim Bau sind Einfachheit, Reinheit und Billigkeit gut zu vereinigen; das Pavillonsystem ist das beste. Dem Patienten muſs der Aufenthalt im Leprosorium so angenehm wie möglich gemacht werden, seiner Religion ist Rechnung zu tragen, Ackerbau und Viehzucht ist zu gestatten; strenge Disziplin steht einer humanen Behandlung nicht im Wege.

VI. **Lepraliteratur für das Jahr 1906**, zusammengestellt von Otto Hamann-Berlin.

Schourp-Danzig.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Bd. VIII. 1904.

I. **Caraté oder Karaté**, von Prof. Pospelow. (Cf. Ref. Bd. 88. S. 77.)

II. **Die Veränderungen des Blutes beim Pemphigus foliaceus Cazenave**, von Grinew. Die Anzahl der roten Blutkörperchen ist vermindert, diejenige der weiſsen ein wenig vermehrt. Das Volumen der roten Blutkörperchen ist kleiner, das Blut infolge dessen wässeriger. Der Hb-Gehalt hat stark abgenommen. Die Anzahl der Lymphocyten ist vermindert, diejenige der einkernigen und mehrkernigen Leukocyten ist ein wenig vermehrt. Die neutrophilen Leukocyten sind vemehrt, die eosinophilen Zellen sind vermindert, die basophilen Zellen fehlen.

III. **Der Ursprung der Plasmazellen**, von L. Ehrlich. (S. Referat Bd. 39. S. 488.)

IV. **Zur Pathologie der selbständigen Talgdrüsen; a) Cheilitis exfoliativa et Keratosis follicularis und b) Adenomatosis hypertrophica cystoides labiorum minorum vulvae**, von Prof. Selenew. Seine Untersuchungen ergaben, daſs

1. eine vollkommene Analogie in der hypertrophischen Entwicklung und Bildung vielfacher Cystadenome besteht zwischen den selbständigen und nichtselbständigen Talgdrüsen der kleinen Schamlippen der Frauen und der Mundlippen der Männer,

2. die Bildung selbständiger Talgdrüsen aus epithelialen Ausläufern, sowohl auf den kleinen Schamlippen der Frauen, als auch an den anderen Stellen, wo selbständige Talgdrüsen vorkommen (z. B. die Schleimhaut der Lippen, des Mundes, der Wangen usw.) möglich ist,

3. ein inniger Zusammenhang zwischen der Cyste und der Bildung ihrer Wände mit der Epithelialschicht existiert.

V. **Folliculitis (Akne) exulcerans serpiginosa nasi (Kaposi und Pinger)**, von Giutillo. Beschreibung eines Falles dieser seltenen Hautkrankheit, der ein 16jähriges Mädchen betraf, die im Jahre 1903 im K. K. Krankenhaus Wieden bei Wien Aufnahme fand.

VI. **Ein Fall von Urticaria perstans mit Pigmentation und Alopecia areata,** von Werschinin-Rostow a. D. Als Besonderheiten seines, bei einem Patienten von 32 Jahren, beobachteten Falles spricht Verfasser an: das Vorkommen zarter, kleiner, grauer Borken auf einigen Quaddeln, das Auftreten der Effloreszenzen ausschliefslich im Gebiet des ersten Astes des N. trigeminus, die spontane, allmähliche Rückbildung derselben und die Kombination mit kreisförmiger Kahlheit.

VII. **Ein Fall von Naevus pigmentosus pilosus verrucosus,** von Kudisch. Lokalisation: Rechte Gesichtshälfte, rechtes Ohr und rechte Halspartie.

VIII. **Zwei Fälle von Muttermälern: 1. Naevus pilaris pigmentosus et verrucosus und 2. Naevus verrucosus linearis et ichtyosiformis,** von Brytschew. (Cf. Ref. Bd. 38. S. 77.)

IX. **Ein seltener Fall von Hauttuberkulose,** von Sokolow. Ebendaselbst.

X. **In Anlafs eines Falles von Morvanscher Krankheit,** von Sobolew. Der Fall betrifft einen Soldaten im ersten Stadium der Morvanschen Krankheit, wo die Anästhesie bereits völlig ausgesprochen ist und schmerzlose Panaritien auftreten, aber die Atrophie der Muskeln noch fehlt.

XI. **Zur Frage der Gelenkerkrankungen bei Syphilis: Polyarthritis ossificans syphilitica der rechten Hand (Dactylitis ossificans syphilitica),** von Prof. Selenew. Beschreibung dreier hierher gehöriger Fälle, von denen zwei hereditär syphilitische Kinder betrafen, wo ein Trauma den Anlafs zum Ausbruch der Veränderungen gab.

XII. **Über die Syphilisüberimpfung auf antropoide Affen und über die Syphilisimmunität,** von Prof. Pospelow. (Cf. Ref. Bd. 38. S. 388.)

XIII. **Zur Kasuistik der extragenitalen weichen Schanker,** von Djatschkow. An der Hand einer ganzen Reihe von extragenitalen weichen Schankern beobachtet an Kranken des Alafusowschen Hospitals in Petersburg, kommt Verfasser zu dem Schlufs, dafs diese Schanker nicht so selten sind, wie man glauben könnte, aber vielfach übersehen werden.

XIV. **Zur Kasuistik der Cavernitis gummosa,** von Miropolski - Smolensk. Auftreten eines tiefen Geschwürs im Sulcus retroglandaris bei einem 38jährigen Patienten zwölf Jahre nach einer schlecht behandelten Syphilis. Unter kombinierter Behandlung verheilte das Geschwür.

XV. **Diabetes insipidus auf syphilitischer Grundlage,** von Papissow. Beschreibung eines Falles von Diabetes insipidus bei einem 46jährigen Patienten mit einem Defekt auf der Eichel, welcher auf einen gummösen Prozefs deutet, und verschiedenen nervösen Erscheinungen. Der Diabetes besserte sich nur bei einer spezifischen Behandlung.

XVI. **Ein Fall von extragenitaler Syphilis (Glutaealschanker),** von Schnittkind. Sitz zweier korrespondierender harter Schanker auf den Glutaeen, 1 cm entfernt von der Analöffnung, bei einem 40jährigen, unverheirateten Mann.

XVII. **Ein Fall von hartem Schanker der Oberlippe,** von Sawin, Ursache: Kufs.

XVIII. **Hunterscher Schanker auf der Oberlippe,** von Rothmann. Nach Angabe des betreffenden Patienten speiste er zusammen mit einem Mann, der gleichfalls eine Wunde auf der Lippe hatte.

XIX. **Ein Beitrag zur Statistik der blennorrhoischen Epididymitis,** von A. Jordan. (S. Referat Bd. 39. S. 589.)

XX. **Hydraulischer Erweiterer zur Diagnostik und Behandlung von Strikturen usw.,** von Bokalbinik-Kiew. Dieser vom Verfasser konstruierte Apparat besteht aus zwei Stücken, einem metallischen Cylinder von verschiedener Nummer

mit einem in seinem Innern hin- und hergleitenden Kolben und einem mit dem ersten Stück verbundenen, an dem einen Ende blinden Kautschukröhrchen, zur Erzielung des hydraulischen Druckes, durch Hineintreiben von einer bestimmten Flüssigkeitsmenge in das Röhrchen.

XXI. **Ein Fall von Nebenhodenabscefs**, von Burshalow-Petersburg. Die bakteriologische Untersuchung des bei der Inzision des Abscesses gewonnenen Eiters ergab Vorhandensein von Gonokokken.

XXII. **Die hydrostatische Methode bei urogenitalem Leiden,** von Rothmann. Unter der hydrostatischen Behandlung versteht Verfasser die Janetschen Waschungen, für die er warm eintritt.

Band IX. 1905.

I. **Exsudationen und Keratosen.** von Prof. Selenew. (S. Bd. 41. S. 373.)

II. **Zwei Fälle von sog. Lymphangioma cutis circumscriptum,** von Schor. Bei der mikroskopischen Untersuchung der beiden beschriebenen Fälle von Lymphangioma cutis überzeugte sich Verfasser, dafs man vom rein anatomischen Standpunkt aus dieselben nicht als Lymphangiome, sondern als Lymphangiektasien auffassen mufs. Bei der Entstehung der letzteren spielt nach Verfasser auch das Nervensystem eine Rolle.

III. **Zur Kasuistik der pigmentösen Pellagra (Pellagra pigmentosa),** von Poltawzew. Beschreibung eines Falles von Pellagra pigmentosa bei einem 51jährigen Geistlichen aus Bessarabien.

IV. **Zur Kasuistik der Raynaudschen Krankheit (Gangraena angiopathica),** von Dedjurin. Der beschriebene Fall verdient dadurch Interesse, dafs die Asphyxie und Gangrän sich bei dem 36jährigen Patienten möglicherweise auf Grund einer unbehandelten Syphilis entwickelten.

V. **Ein mit Radium behandeltes Cancroid des rechten unteren Lides,** von Boikow. Nach zwölf halbstündigen Sitzungen trat im Laufe von 34 Tagen unter Radium eine Vernarbung des Cancroids ein.

VI. **Zur Kasuistik der Pityriasis rubra pilaris,** von Endokimow. Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris bei einem stark nervösen, 29jährigen Studenten. Das Gesicht, die Haare und die Nägel waren nicht verändert. (Entgegen sonstigen Beobachtungen, unter anderem auch in den beiden vom Referenten beschriebenen Fällen. Anm. des Referenten.)

VII. **Über die experimentelle Syphilis bei den anthropoiden Affen, wie über die Eigenschaften des syphilitischen Virus,** von Prof. Pospelow. Referat über die Metschnikowschen Versuche.

VIII. **Zur Frage der Bildung eines „russischen Vereins zum Kampf mit den Geschlechtskrankheiten“,** von Prof. Selenew. Bericht über den Stand der Frage von der Gründung eines Vereins zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Rufsland.

IX. **Ein Fall von bedeutenden gummösen Deformationen der Gesichts- und Schädelknochen bei einem hereditären Syphilitiker,** von Frolow. Es handelt sich um folgende schwere Veränderungen bei einem 45jährigen Mann mit hereditärer Lues: Völliger Defekt der Nasenknochen, Defekt des Stirnknochens oberhalb der Glabella, Defekt des linken Arcus superciliaris, Deformität der Oberkieferknochen, Exophthalmus beiderseits, Sattelnase, skoliotische Verkrümmung der Wirbelsäule, Defekt des harten Gaumens usw.

X. **Die Bedeutung der Untersuchung des Urins auf Hg für die Behandlung der Syphilis,** von Karpok. An zwei Beispielen erläutert Verfasser den Wert des Hg-Nachweises bei der Syphilisbehandlung und empfiehlt zur Untersuchung die

Methode von Witz, welche er modifiziert hat. Das Nähere über diese Methode mufs im Original nachgelesen werden.

XI. **Über die Spirochäte der Syphilis,** von Prof. Selenew. Nach einer literarischen Übersicht über dieses Thema spricht Verfasser über seine eigenen Versuche von denen er aber sagt, dafs sie bisher noch von keinem vollen Erfolg begleitet waren, denn es gelang ihm nur einmal der Nachweis der Spirochaeta pallida.

XII. **Hysterische Arthralgie bei einem Syphilitiker,** von Didrichson. Es handelt sich um einen 24jährigen Soldaten, der sich syphilitisch infiziert hatte und darauf schmerzhafte Gelenke bekam, ohne dafs sich irgendwelche objektiven Veränderungen derselben nachweisen liefsen. Trotzdem sich eine kombinierte Behandlung erfolglos erwies, aber da sich für das Auftreten einer Hysterie keine sonstige Erklärung fand, sieht Verfasser die Syphilis als Ursache der hysterischen Arthralgie an.

XIII. **Gonitis syphilitica,** von Frolow. Gonitis sin. et Ulc. gummosum cutis bei einem 25jährigen Mann, welche unter spezifischer Behandlung zurückgingen.

XIV. **Ein Fall von partiellen Dystrophien auf Grund hereditärer Syphilis,** von Eltzina. Bei dem 1½jährigen Kinde einer syphilitischen Mutter, welches unter Erscheinungen von Syphilis hereditaria condylomatosa geboren worden war, fanden sich bei der Sektion verschiedene Dystrophien, welche den Schädelknochen (front en carène), das Herz (perforierender Defekt in der Ventrikelwand) und die Nieren (Verbindung beider Nieren durch eine Brücke) betrafen.

XV. **Ein Fall von perigenitalem Schanker,** von Rudnitzki. Sitz des Primäraffektes auf dem oberen Teil des linken Oberschenkels.

XVI. **Der Gonococcus Neisser und seine Nährböden,** von Paldrock. Auf Grund von 356, auf 25 verschiedenen Nährböden, angestellten Versuchen kam Verfasser zu dem Schlufs, dafs sich die Gonokokken in den beiden ersten Generationen gut entwickeln auf Ascitesagar, Blutserumagar und Nutroseagar. In der dritten Generation gedeiht die Kultur schon schwächer und in der vierten noch schwächer. Auf einem Gemisch von Agar mit Hydrocelenflüssigkeit entwickeln sich die Gonokokken ebenso gut, wie auf Ascitesagar. Mit demselben Erfolg kann auch Nutroseagar angewandt werden, wenn er aus menschlichem Blutserum hergestellt wird. Keine Gonokokken entwickelten sich auf Nährböden, die aus pleuritischer Flüssigkeit gewonnen waren. Ohne weiter auf die übrigen, vom Verfasser ausprobierten Nährböden einzugehen, sei nur im Allgemeinen hervorgehoben, dafs nach ihm die Gonokokken sich nur auf denjenigen Nährböden gut entwickeln, welche in ihrer Zusammensetzung seröse Flüssigkeiten vom Menschen aufweisen und am besten auf Ascitesagar. Die Färbung nahm Verfasser in folgender Weise vor: Zuerst färbt er das Präparat 1½ Minuten lang in einer stärkeren Gentianaviolettlösung, die mit Anilinwasser hergestellt wird, dann trocknet er das Präparat und färbt es nur ½ Minute lang in einer Jodkaliumlösung (solve jodi puri 0,1 et Kalii jodati 0,2 in Aq. destill. 0,5 tum adde Aq. destill. 29,51). Nach Entfernung des Jodkaliums durch Filtrinpapier und Entfärbung in absolutem Alkohol, nicht länger als eine ½ Minute, wird der Alkohol energisch mit Wasser abgespült und darauf das Präparat nochmals, im Laufe von zwei Minuten, in 1% Bismarkbraunlösung oder in schwacher Karbolfuchsinlösung gefärbt. Hierbei werden die Gonokokken braun oder rot gefärbt.

XVII. **Zur Kasuistik des Tripperrheumatismus und eines Muskelabscesses,** von Endokimow. Bei dem 29jährigen Patienten, welcher schon mehrfach Tripper gehabt hatte, erkrankten bei einer neuen Exacerbation desselben beide Kniegelenke, wie das linke Sprunggelenk und aufserdem kam es zu einem Abscefs auf dem linken Wadenbeinmuskel, bei dessen Eröffnung, in dem Eiter, Gonokokken nachgewiesen werden konnten.

XVIII. **Ein Urethritisfall, der durch mehrere Gelenkaffektionen und eine in Abscefs übergehende Lymphangitis kompliziert wurde,** von Sodwinski. Betroffen waren verschiedene Metacarpophalangealgelenke, wie Interphalangealgelenke beider Hände, das rechte Hüft- wie das linke Sprunggelenk. In dem Eiter des Abscesses auf dem Penisschaft wurden Gonokokken gefunden.

XIX. **Ein Fall von Doppelbildung der Urethra,** von Dedjurin. Beide Kanäle verliefen parallel in einer Ausdehnung von 15 cm und wurden voneinander geschieden durch eine dünne Scheidewand.

XX. **Ein Fall von blennorrhoischer Urethritis bei einem dreijährigen Knaben,** von Rothmann. Die Infektionsquelle blieb unaufgeklärt.

Arth. Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen.

Syphilis et Tuberkulose, von Émile Sergent - Paris. (Masson et Co., Paris 1907.) Das umfangreiche, flottgeschriebene Buch behandelt das Thema der Kombination von Tuberkulose und Syphilis, die sich ja sehr verschieden gestalten kann, je nachdem ein Tuberkulöser Syphilis erwirbt oder ein alter Luetiker tuberkulös wird. Die Resultate sind in diesen beiden Fällen keineswegs dieselben, der Zustand des Tuberkulösen, welcher sich Syphilis erwirbt, wird ohne Zweifel sich stets verschlimmern, während umgekehrt der alte Luetiker, welcher tuberkulös wird, oft den Vorteil der alten Narben von seiner Lues gegen die Tuberkulose empfindet und jedenfalls durch die vorangegangene antiluetische Behandlung eine bessere Körperkonstitution aufweist. So sieht man oft bei alten Syphilitikern tuberkulöse Lungenerscheinungen sich gleichzeitig bessern unter dem Einflusse des Merkur. Das Buch enthält viele interessante Betrachtungen. Der erste Teil bespricht die hauptdiagnostischen Elemente und die Diagnostik der verschiedenen Lokalisationen bei erworbener und ererbter Syphilis und die Differentialdiagnose zwischen Lues hereditaria praecox und der Tuberkulose im Frühalter. Teil II beginnt mit den ätiologischen allgemeinen Beziehungen der beiden Krankheiten, und zwar mit der Wichtigkeit der erworbenen Syphilis in der Ätiologie der Tuberkulose und dem syphilitischen Boden und seiner hereditären Umbildung; geschildert wird dabei die Anlage luetischer Kinder zur Schwindsucht und zu tuberkulösen Lokalerscheinungen. Ein grofser Abschnitt beschäftigt sich mit dem Modus der Verbindung von Lues und Tuberkulose, den lokalen Erscheinungen beider Leiden und den Erscheinungen vonseiten der Eingeweide, namentlich der Lungen. Den Schlufs bildet die allgemeine Prognose und Behandlung, speziell der Einflufs der spezifischen Behandlung auf die Tuberkulose Luetischer und die Regeln, welche man bei der Behandlung der Tuberkulose Luetischer zu beachten hat. Das ganze Werk ist einfach und klar geschrieben, zeigt viele eigene Beobachtungen des Verfassers und bietet dem Leser reiche Anregung. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Handbuch der Hautkrankheiten, herausgegeben von Franz Mraček. 19. Abteilung. (Alfred Hölder, Wien 1906.) Das vorliegende Heft bringt den Schlufs der Jadassohnschen Arbeit über die Tuberkulose der Haut mit einem 75 Seiten umfassenden Literaturverzeichnis.

Es folgt dann die Abhandlung über Lichen scrophulosorum von E. Riecke-Leipzig. Während alle Autoren in dem Lichen scrophulosorum einen im engen

Kausalnexus zur Tuberkulose stehenden Krankheitsbegriff erblicken, gibt RIEHL auch für solche Fälle, die keine skrophulösen Stigmata und eine gesunde kräftige Konstitution aufweisen, Anhaltspunkte für das Zustandekommen des Leidens, indem er nachweist, dafs die Entwicklung der Lichenknötchen meist um veränderte Haarbälge erfolgt. Derselbe Forscher sieht auch die Beobachtung von Lichen scrophulosorum nach Tuberkulininjektionen als nicht beweisend für die Tuberkulidtheorie an, sondern erblickt in solchen Fällen in dem Follikelapparat einen Locus minoris resistentiae. UNNA nimmt den Lichen scrophulosorum als eine eigenartige Folliculitis an, welche sich zu primären sonstigen tuberkulösen Veränderungen hinzugesellt, und spricht sich wegen des geographisch beschränkten Vorkommens gegen den tuberkulösen Charakter des Leidens aus. Differentialdiagnostisch kommt am meisten der Lichen syphiliticus, das kleinpapulöse Syphilid, in Betracht, welches klinisch und histologisch sehr viel Ähnlichkeit mit dem Lichen scrophulosorum bietet. Morphologisch kann auch der Lichen urticatus in gewissen Entwicklungsstadien mit dem Lichen scrophulos. verwechselt werden. Von HALLOPEAU, RÓNA, BLASCHKO wird auf die leicht mögliche Verwechslung mit Lichen ruber acuminatus hingewiesen.

Der Lichen scrophulosorum ist eine benigne Dermatose. Neben allgemeiner und lokaler Behandlung ist den etwa vorhandenen tuberkulösen und skrophulösen Veränderungen — Knochencaries, purulente und fistulöse Lymphdrüsen, Lupus usw. — entsprechende Behandlung zu widmen. Gewöhnlich wird mit der Besserung dieser Erscheinungen auch das Lichenexanthem schwinden. Tuberkulininjektionen haben sich als Behandlungsmethode nicht bewährt. *Schourp-Danzig.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Progressive Ernährungsstörungen.

c. *Pigmentanomalien.*

Über Melanome, von HELMUTH KUNTZ. (Inaug.-Dissert. Halle 1906.) Nach einer literarhistorischen Einleitung bespricht Verfasser zunächst die Pigmentfrage bei normalen und pathologischen Pigmentbildungen und die histologische Gruppierung der Melanome. Es ist heute weder die Frage der Herkunft des Pigments in physiologischen Gebilden, noch in pathologischen Geweben gelöst. Die Ansichten gehen wesentlich auseinander. Auch die Frage nach der Stellung der Melanome in der histologischen Gruppierung ist noch von einer endgültigen Klärung entfernt. Was die Ätiologie betrifft, so kommen in Betracht: Disposition durch Geschlecht, Rasse, Alter, Erblichkeit, ferner die Entstehung durch einmaliges Trauma und durch chronische Reizwirkungen. Das männliche Geschlecht ist mehr zu Melanomen disponiert als das weibliche. Wie bei den gewöhnlichen, nicht pigmentierten Sarkomen und Carcinomen wächst auch bei den pigmentierten Geschwülsten die Disposition zur Erkrankung mit dem höheren Alter. Kinder unter zehn Jahren scheinen gänzlich verschont zu bleiben. Die Erblichkeit scheint bei den Melanomen beim Menschen keine Rolle zu spielen. Die mit der Melanose beim Menschen nicht ganz identische beim Pferde ist nicht selten auf Heredität zurückzuführen. Es findet sich bei Schimmeln und hellfarbigen Pferden eine ausgesprochene Disposition zu Melanose, während Rappen allerdings so gut wie verschont bleiben.

In sicherem Zusammenhang mit Melanombildungen stehen traumatische Einflüsse. Über die Frage der primären Lokalisation der Melanome stimmen im allgemeinen die Ansichten der Autoren insofern überein, daſs als Ausgangspunkt für die Neubildungen nur mit physiologischem Pigment bekleidete Stellen, also die Hautdecken und das Auge angenommen werden.

In seinen weiteren Erörterungen behandelt Verfasser die Frage der Metastasenbildung, die Melanome innerer Organe, die Melanome des Auges, der Nasenschleimhaut, der Vulva.

Schlieſslich teilt er eine Reihe von Fällen aus der chirurgischen Universitätsklinik in Halle auszugsweise mit:

1. 52jähriger Mann, Melanose am linken Unterschenkel.
2. 78jährige Frau, Melanosarcoma faciei.
3. 10jähriger Knabe, Melanom der rechten Kopfschwarte.
4. 48jähriger Mann, Melanom der linken Mamille.
5. 56jährige Frau, Melanoma faciei.
6. 76jährige Frau, Melanom am linken Fuſs.
7. 21jähriger Mann, Melanosarkom, diffuse Metastasen.

Der Lymphdrüsenapparat war in vier Fällen beteiligt.

Das Literaturverzeichnis ist mangelhaft. *Fritz Loeb-München.*

Über dem Mongolenfleck analoge Stirnflecke neugeborener Kinder, von Julius Zappert-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 42 u. 43.) Fuyisawa hatte bei neugeborenen japanischen Kindern in der Kreuzbeingegend, am Rücken, am Gesäſse, an der Schultergegend und den Streckseiten der Extremitäten erbsen- bis handtellergroſse, blauschimmernde Flecke auftreten sehen, welche nach einigen Monaten oder nach einigen Jahren ganz von selbst verschwinden, und hatte diese „Flecke" als Eigentümlichkeit der mongolischen Rasse aufgefaſst und als „Mongolengeburtsflecke" bezeichnet. Z. glaubte ähnliche Flecke auch bei hiesigen Kindern festgestellt zu haben und beschreibt dieselben in der ersten Mitteilung als zwei blaurote, von der Nasenwurzel nach der Stirn zu verlaufende, 1—2 cm lange, im oberen Teil etwas breiter werdende Streifen, welche nach einigen Monaten verschwinden. In einem zweiten Aufsatz erklärt Verfasser, daſs diese Stirnflecke, welche keine Pigmentanomalien der Haut, sondern das durchscheinende Geflecht der Stirnvene seien, nicht mit dem „Mongolenfleck" identifiziert werden dürften, da deren Pigmentnatur von Adachi sichergestellt sei. *Putzler-Danzig.*

Zum Morbus Addisonii, von Alfred Wölfel. (Inaug.-Dissert. Rostock. 1905.) Die beiden vom Verfasser eingehend geschilderten Fälle sind durch eine Reihe von klinischen Eigentümlichkeiten bemerkenswert. Besonders verdient die trotz vollständiger Zerstörung des Nebennierengewebes in beiden Fällen sehr geringe Pigmentation hervorgehoben zu werden. Obwohl mit der Zerstörung des Gewebes auch die Funktion ausgefallen war, zeigte sich nur eine geringe Bronzefärbung. Dies spricht zugunsten der Annahme, daſs der Grad des Ausfalles der Nebennierenfunktion nicht parallel zu gehen braucht mit dem Grade der Pigmentbildung, daſs vielmehr auch dieses Symptom im Krankheitsbilde des Addison nur eine sekundäre Rolle spielt. Beide Fälle sind ferner bemerkenswert wegen der völligen Abwesenheit jeder manifesten Tuberkulose. *Fritz Loeb-München.*

Blutdruck und Pigmentierung bei Morbus Addisonii, von A. R. Short-Bristol. (*Lancet.* 4. Aug. 1906.) Verfasser berichtet ausführlich über einen Fall bei einem 30jährigen Manne, welcher unter Behandlung mit Digitalin und Adrenalin sich so weit besserte, daſs er wieder seine Arbeit aufnehmen konnte. Besonderes Gewicht legt S. auf den Umstand, daſs am Sphygmometer gleichzeitig mit der

Besserung des Allgemeinbefindens und der Abnahme der Pigmentierung eine allmählich zunehmende Steigerung des Blutdrucks (75 mm Hg auf 120) zu konstatieren war. Er schliefst mit den Thesen: Die Symptome der Addisonischen Krankheit sind bedingt durch Vasomotorenlähmung, welche ihrerseits bedingt ist durch Mangel an Adrenalin im Blute, dem normalerweise als Excitans auf die sympathischen Nervenendigungen einwirkenden Agens. Die Pigmentbildung ist bedingt durch Erschlaffung der Gefäfse der Haut, wodurch eine vermehrte Funktionstätigkeit der Pigmentzellen bewirkt wird.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Beiträge zur Hämatologie der Addisonschen Bronzekrankheit, von Louis Pierre Colat. (*Thèse de Bordeaux.* 1905. Nr. 51.) Der bemerkenswerten Arbeit liegen 24 Fälle von Addisonscher Krankheit zugrunde, in denen eine Untersuchung des Blutes vorgenommen wurde.

Physikalische Veränderungen: Das Blut hat in der Mehrzahl der Fälle eine normale Färbung, ist selten schwach, sehr selten sehr schwach gefärbt. Die Koagulation wurde bisher nur in vier Fällen geprüft; drei zeigten normale Verhältnisse, ein Fall Verzögerung. Neusser fand in einem Fall ein sehr geringes Fibrinkoagulum. Die zwei vom Verfasser daraufhin untersuchten Fälle hatten normales spezifisches Gewicht.

Chemische Veränderungen: Der Durchschnittswert des Hämoglobingehaltes entsprach 70—80 % (Fleischl), also Verminderung.

Histologische Veränderungen: Rote Blutkörperchen. In 25 Fällen wurden Zählungen mitgeteilt. In 21 Fällen schwankte die Zahl der Erythrocyten zwischen 3 500 000 und 4 800 000. Hyperglobulie wurde zweimal beobachtet (8 000 000 und 6 510 000). Hypoglobulie in zwei Fällen (613 000 und 2 000 000). Meist wird eine geringe Hypoglobulie gefunden.

Unter zehn Fällen wurden zwei mit kernhaltigen roten Blutkörperchen gezählt. Sie hatten den Typus der Megaloblasten. Verfasser hat sechs Fälle auf Polychromatophilie geprüft, viermal mit positivem Erfolg. In einem Falle von Hamel war diese Erscheinung sehr intensiv. In einem von sechs Fällen fand Verfasser zahlreiche basophile Granula.

Weifse Blutkörperchen. Sie wurden bisher nur in neun Fällen gezählt. Siebenmal schwankte ihre Zahl zwischen 6000 und 7000. Zweimal war Hyperleukocytose zu konstatieren (13 020 und 13 640).

Die Verhältniszahl beträgt im Durchschnitt 1 : 217 bis 1 : 716.

Polynukleäre neutrophile Leukocyten. In der Hälfte der Fälle findet sich ein Prozentgehalt von 57,8—60 % (1550—4910 pro cmm). Einmal fand Verfasser bei normalem Prozentverhältnis (60 %) eine sehr hohe absolute Zahl (8183 pro cmm), einmal gleichzeitige Steigerung des Prozent- und absoluten Wertes (85,75 %, 11 164 pro cmm.)

Lymphocyten. Bei zwölf Blutuntersuchungen fand Verfasser achtmal ein gesteigertes Prozentverhältnis (28,1 bis 36,0 %). Die Lymphocytose ist eine relative.

Eosinophilie. Die Eosinophilie war in drei Fällen sehr erheblich. Löper hat über fünf Fälle berichtet, in denen er Werte von 6 bis 8 % fand. Verfasser fand in fünf Fällen Durchschnittswerte von 1,5 bis 2,6 %.

Die Eosinophilie ist nicht konstant.

Grofse Mononukleäre. Achtmal wurden in 13 Fällen normale Prozentwerte gefunden (3,4 bis 6,8 %). Vermehrung in fünf Fällen. Die absoluten Werte pro cmm waren in allen daraufhin untersuchten Fällen normale.

Verfasser hat nie freies Pigment im Blut gefunden. Boinet hat es in einem Fall beobachtet. Einmal fand Verfasser freie Kerne im Blut.

Jodophilie wurde nie gefunden. Verfasser hebt dies besonders hervor und weist darauf hin, dafs sie bei tuberkulöser Infektion ebenfalls entweder gänzlich fehlt oder sehr schwach auftritt. *Fritz Loeb-München.*

Über die Beziehungen von Erkrankungen der Nebennieren zu Morbus Addisonii (im Anschlufs an einen Fall von totaler Nebennieren-Tuberkulose ohne Addison), von Karl Engelmann-Amorbach. (Inaug.-Dissert. Würzburg. 1906.) Der gröfste Teil der Marksubstanz beider Nebennieren war in dem der Arbeit zugrunde liegenden Fall durch käsige Tuberkulose zerstört. Nur noch relativ kleine Reste annähernd normaler Zellsubstanz des Markes waren erhalten. Auch das chromaffine System des Nebennierenmarkes war an einzelnen Stellen noch zu sehen. Die Rindensubstanz erwies sich jedoch im ganzen als wenig vom Prozefs befallen und im wesentlichen unversehrt. Soweit der Sympathikus untersucht werden konnte, zeigte er normales Verhalten; nur das perineurale und periganglionäre Bindegewebe war entzündlich infiltriert; zum Teil mit Tuberkelknötchen durchsetzt. Nur die noch nachweisbaren Reste des Nebennierenparenchyms waren nach der Meinung des Verfassers imstande, das Auftreten des Morbus Addisonii hintanzuhalten. Ein solcher könne wohl nur dann auftreten, wenn überhaupt keine physiologisch wirkende Substanz der Nebennieren vorhanden sei. Die physiologische Tätigkeit der Nebenniere fafst Engelmann so auf, dafs sie als Drüse mit innerer Sekretion normaler Weise einen Stoff neutralisiert, der bei Fehlen der Sekretion der Nebennieren sich eben in Gestall von braunem Pigment in der Haut ablagert.

Fritz Loeb-München.

Addisonsche Krankheit und Lumbarsyndrom, von A. Muzzi. (*Rif. med.* 1906. Nr. 33.) Ein Individuum mit beginnender Lungentuberkulose war 7 m hoch von einem Dache heruntergefallen, wobei er sich neben einer Schlüsselbein- und Rippenfraktur eine Gehirnerschütterung mit Amnesie, die 14 Tage andauerte, zuzog. Ein Jahr nach dem Trauma zeigten sich die ersten Erscheinungen eines Addison, begleitet von heftigen Lendenschmerzen, Muskelspasmen und Fieber. Das Auftreten einer Addisonschen Krankheit nach Traumen ist ein ziemlich seltenes Ereignis und frägt sich der Verfasser, ob deren Ursache einer Läsion des Lendenmarks zugeschrieben werden soll. *C. Müller-Genf.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Die Krankheiten des behaarten Kopfes, von W. Schiele-Petersburg. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 36.) Wenn auch die Krankheiten des behaarten Kopfes im ganzen die gleichen sind, wie auf der Haut anderer Körperregionen, so bieten sie doch infolge der Gegenwart der Haare und besonderer Eigenschaften der Kopfhaut Eigentümlichkeiten, welche der Diagnose und Therapie besondere Schwierigkeiten bereiten. Um diesen nach Möglichkeit zu begegnen und eine Orientierung auf dem noch dunklen (? d. Ref.) Gebiete zu ermöglichen, hat Verfasser die charakteristischen Merkmale übersichtlich zusammengestellt und auf bewährte Behandlungsmethoden hingewiesen, ohne selbst den Anspruch zu machen, auf diesem Gebiete etwas wesentlich Neues zutage zu fördern. *Putzler-Danzig.*

Frühzeitiges Ergrauen der Cilien und Bemerkungen über den sogenannten plötzlichen Eintritt dieser Veränderungen, von Alfred Vogt-Basel. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde.* 1906. Februar-März.) Bei einem 18jährigen Bauernburschen mit beiderseitiger Iridocyklitis trat an beiden Oberlidern eine deutliche Weifsfärbung einzelner, meist zu kleinen Büscheln angeordneter und die Mitte des

Lidrandes in annähernd symmetrischer Stellung einnehmender Cilien auf. Dabei waren die Lider und deren Drüsen ganz normal und auch die Lidhaut zeigte keine Pigmentveränderungen. Der Verfasser epilierte eine Partie nebeneinander stehender ergrauter und daneben stehender pigmentierter Cilien und schnitt eine andere daneben befindliche Gruppe grauer und gefärbter Wimpern mit der Schere möglichst nahe dem Hautniveau ab. Nach zehn Tagen waren die abgeschnittenen weifsen Haare kaum vergröfsert, die darunter gemischten schwarzen waren teils gleich geblieben, teils um ½—1 mm verlängert. Die Epilationsstelle zeigte eine einzige, 3 mm lange, schwarze Cilie, im übrigen war sie ganz kahl. Acht Tage später waren sowohl weifse wie schwarze Haare immer noch in ursprünglicher Länge geblieben, andere hatten sich verlängert. Vierzehn Tage später erkennt man an der Epilationsstelle sowohl weifse als schwarze, 2—5 mm lange Haare. Es wies demnach der Lidrand zu derselben Zeit Cilien sehr verschiedener Wachstumsfähigkeit auf. Es fanden sich Cilien, die nach dem Zurückschneiden gar nicht weiter wuchsen, offenbar ausgewachsene; andere zeigten ein mäfsiges Wachstum und bildeten den Übergang zu solchen, die sich sehr rasch entwickelten, so dafs sie nach wenigen Wochen nahezu die normale Länge erreichten. Letztere waren nicht wie die übrigen abgestumpft, sondern zeigten Spitzen; es waren also offenbar ganz junge, von der Schere nicht mehr getroffene Cilien. Die zurückgeschnittenen, nicht ausgewachsenen grauen Haare wuchsen farblos weiter und die den epilierten grauen nachfolgenden jungen Cilien entwickelten sich von vorneherein pigmentlos. Den noch wachstumsfähigen ergrauten Cilien kam durchschnittlich eine geringere Wachstumsfähigkeit zu als den pigmentierten. Diese Herabsetzung der Wachstumsenergie bezog sich sowohl auf die zurückgeschnittenen, als auch auf die den epilierten nachwachsenden grauen Cilien; die letzteren zeigten ihre herabgesetzte Entwicklungsfähigkeit auch durch ihre geringere Dicke. Es war also in diesem Falle von Poliosis praematura die Pigmentlieferung von der Papille zum Haarschaft unbedingt aufgehoben; man hat somit keinen Grund, als Ursache des frühzeitigen Ergrauens etwas Anderes als diese Störung der Pigmentlieferung zu betrachten, welche zu einem Auswachsen von vorneherein pigmentloser Cilien führt. Daraus ist zu schliefsen, dafs wenigstens in dem vorliegenden Fall der Vorgang der Poliosis praematura ein sehr natürlicher und allmählicher ist und die Möglichkeit plötzlichen Ergrauens der Cilien und damit wohl der Haare überhaupt sehr in Frage zu stellen ist. *Schourp-Danzig.*

Zur Kenntnis der Aplasia pilorum intermittens (Monilithrix, Spindelhaare). Dissertation von Clara Hübschmann. (Aus der Privatpoliklinik von Privatdozent Dr. Heuss-Zürich.) Von sechs Geschwistern einer Familie waren vier Schwestern von dieser seltenen Affektion befallen. Es wird die ausführliche Beschreibung der Krankheit überhaupt, sowie der vier Fälle im besonderen gegeben: Die sonst ganz gesunden Mädchen (Blondinen) zeigten ca. vom dritten Monat nach der Geburt an, an mehr oder weniger umschriebenen Stellen des Kapillitiums Veränderungen an den Haaren, die sich schon oberflächlich durch ihre Kürze, Brüchigkeit und Trockenheit auszeichnen. An diesen Haaren bilden sich in mehr oder weniger regelmäfsigen Abständen spindelförmige Auftreibungen und Einschnürungen des Schaftes. Ähnliches erkennt man an den Augenbrauen. Neben diesen Veränderungen an den Haaren konstatierte man an der Haut der Stirn- und Nackenhaargrenze, auf der Streckseite der Oberarme und Oberschenkel Erscheinungen von Hyperkeratose der Follikelmündungen; bei den ersten drei Fällen bestand aufserdem eine Auffaserung der Rindensubstanz, wie bei der Trichorrhexis nodosa. Im Widerspruche mit den bisherigen Beobachtungen zeichneten sich die Spindeln durch ihre Unregelmäfsigkeit aus; im übrigen stimmte das Bild genau mit der klassischen Form überein. Die Affektion

mufs als eine hereditäre Mifsbildung angesehen werden. Über die Ursache der Spindelbildung bestehen zurzeit nur Hypothesen. Von der Therapie ist nicht sehr viel zu erwarten. In den vier Fällen der Heusssohen Poliklinik wurde mit schwachen alkoholischen Lösungen von Cantharidin, später Chrysarobin, eine entschiedene Besserung erzielt. *C. Müller-Genf.*

Über den therapeutischen Wert der Resektion der Saphena in der Behandlung der Varicen, von Émile Rouquette. (*Thèse de Montpellier.* 1904. Nr. 2.) *Fritz Loeb-München.*

Über Totalresektion der varikösen Saphena, von M. Guibé. (*Presse méd.* 1906. Nr. 91.) Die Resektion der vena saphena ist indiziert beim Vorhandensein von Varicen, die infolge von Schmerzen zu Funktionsstörungen führen, beim Auftreten von Entzündungen und Thrombosen. Sie kann angezeigt sein bei Haemorrhagien und varicösen Ulcera. G. fordert die totale Entfernung der Venà saphena, um alle kollateralen Äste zu den tiefen Schenkelvenen, die zumeist, besonders in ihren Anfängen, ebenfalls ektasiert sind, mit zu beseitigen. Eine Inzision wird gemacht von der Ursprungsstelle der Vena saphena magna aus der Vena femoralis anfangend und in leichtem Bogen bis zum hinteren Rand des Condylus internus femoris und von da nach dem vorderen Rand des Malleolus internus sich fortsetzend. Eine zweite Inzision für den oberflächlichen Ast am Unterschenkel beginnt in der Mitte der Plica Poplitaea und endigt am hinteren Rand des Malleolus externus. Ist ein Ulcus varicosum vorhanden, hört die Inzision 4—5 cm oberhalb des Randes desselben auf. Kontraindikationen sind vorgerücktes Alter, Herzerkrankungen, Niereninsuffizienz. Bei akuter Phlebitis soll erst der Ablauf der Entzündung abgewartet werden.

Carl Schramm-Dortmund.

Über rationelle ambulante Behandlung der varikösen Venen und Geschwüre der Unterschenkel, von K. Lossen-Frankfurt a. M. (*Zentralbl. f. d. ges. Med.* 1906. Nr. 28.) Die bisherigen Behandlungsmethoden mit Ruhe und Hochlagerung haben nur temporären Erfolg, weil sie nicht das ursächliche Moment beachten, welches nach Lossen meistenteils in der Inaktivität oder Schwäche der unteren Extremitäten zu suchen ist. Lossen hat Schmiede mit geschwollenen Beinen und Unterschenkelgeschwüren die Arbeit nicht aussetzen lassen, sondern sie angewiesen, 10—20 mal während ihrer Arbeit die Muskulatur durch Gymnastik zu kräftigen. Schon nach vier bis sechs Wochen waren die Beschwerden verschwunden und die Geschwüre verheilt. (Ob nur durch Gymnastik und Massage die Heilung eintrat und wie lange sie anhielt, sagt Lossen nicht. Der Referent.) *Schourp-Danzig.*

Beitrag zur Kenntnis der chirurgischen Behandlung variköser Ulcera, von Ferdinand A. Jasseron. (*Thèse de Toulouse.* 1904. Nr. 591.)

Fritz Loeb-München.

Beitrag zur chirurgischen Behandlung variköser Ulcera, von Marie Tessène. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 412.) *Fritz Loeb-München.*

Über die Behandlung der Varicen und varikösen Geschwüre, von Ernest Poutain-Bagnoles de l'Orne. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 25.) Der günstige Einflufs, den der Gebrauch der Quellen von Bagnoles de l'Orne bei Varicen der Unterschenkel und varikösen Geschwüren hat, ist in Frankreich seit langem bekannt. Das ungewöhnlich salzarme, eisen- und schwefelhaltige Wasser dieser Quellen übt eine konstringierende und resorptionsbefördernde Wirkung aus und regt die periphere Zirkulation an; seine Anwendung führt infolgedessen zur Heilung variköser Dermatitiden und Geschwüre, Ödeme, Indurationen und Stauungen verschwinden. Die Kur besteht in Bädern von halb- bis einstündiger Dauer bei einer Wassertemperatur von 33 bis 35°; auf vorhandene Ulcerationen können dauernd oder zeitweise Kompressen, die mit

dem Mineralwasser getränkt sind, aufgelegt werden. Aufserdem wird Wasser getrunken, wodurch die Diurese angeregt wird.

Im zweiten Teile seiner Arbeit bespricht P. die Hygiene und Prophylaxe der Unterschenkelvaricen; er macht dabei insbesondere auf die gute Wirkung mäfsiger körperlicher Übungen, speziell des Gehens aufmerksam. *Göts-München.*

Über Behandlung der Hämorrhoiden, von RIEDINGER-Würzburg. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1906. Nr. 34.) Im Anfangsstadium schlägt R. Regelung der Darmtätigkeit durch Vermeidung schwer verdaulicher Kost und Bauchmassage, Bäder, Karlsbader Wasser vor. Daneben Bewegung im Freien und lokale Reinlichkeit, besonders nach dem Stuhl. Vom Handelpessar hat er mehrfach Heilung gesehen.

Fortgeschrittene Leiden erfordern chirurgische Behandlung, die er in blutige und unblutige einteilt. Hier redet er der unblutigen Dilatation des Rectums das Wort, die bessere Zirkulationsverhältnisse in den Venae haemorrhoidales herstellt und häufig schon in kurzer Frist dauernde Beseitigung der Knoten herbeiführt. Von den blutigen Eingriffen zieht er die langsame Kauterisation besonders für die äufseren und die Ligatur für die intermediären und inneren Knoten vor. Bei allen Eingriffen sind diätetische und aseptische Vorschriften wohl zu berücksichtigen.

Carl Schramm-Dortmund.

Über eine von Varicen des Unterschenkels ausgehende eigentümliche Geschwulstbildung (Angiosarkom), von BORCHARD-Posen. (*Arch. f. klin. Chir.* 80. Bd. 3. Heft.) Bei einem 44jährigen Arbeiter mit zahlreichen Varicen des Unterschenkels bestand dicht über dem linken inneren Knöchel eine derbe Geschwulst mit kindsarmdickem Stiel in der Gestalt eines Hermesflügels von 5 cm Dicke, 20 cm Länge und 9 cm Breite. Die vom Unterschenkel abgekehrte Fläche ist exkoriiert. Die mikroskopische Untersuchung nach Exstirpation der Geschwulst bestätigt, dafs der Tumor bösartiger Natur ist, aus Krampfadern entstanden war und sich zum grofsen Teil aus neugebildeten Gefäfsen zusammensetzt, welche in sarkomatösem, zum Teil nekrotischem und mit alten und neuen Blutfarbstoffen durchsetztem Gewebe lagen.

Schourp-Dansig.

Ein Fall von Atrophia cutis idiopathica (Typus HERXHEIMER), von ERICH BACH. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1906.) In seiner Einleitung berücksichtigt Verfasser eingehender die Publikation UNNAS (Beiträge zur Derm. und Syph., Festschrift für NEUMANN, 1900) über idiopathische, diffuse, progressive Hautatrophie; er bespricht dann auch die weitere Literatur über idiopathische Hautatrophie und zitiert in kurzen Referaten die Krankengeschichten von zwölf Fällen HERXHEIMERS. Von HERXHEIMER und HARTMANN ist besonders auf die primäre Dermatitis und die sekundäre Hautatrophie hingewiesen worden. Eine gröfsere Reihe von einschlägigen Beobachtungen, die im Anschlufs an die Publikationen von HERXHEIMER und HARTMANN erschienen, wird vom Verfasser auszugsweise angeführt. Die Atrophia cutis idiopathica diffusa ist zuerst von BUCHWALD beschrieben worden. Beim Typus HERXHEIMER ging eine primäre Schwellung dem atrophischen Prozefs voraus. Zu dieser Form rechnet Verfasser auch die von PICK und KLINGMÜLLER unter dem Namen Erythromelie beschriebenen Krankheitsbilder.

Zum Schlufs schildert Verfasser einen neuen Fall vom Typus HERXHEIMER. Der Fall war wie die meisten ätiologisch unklar. Keine der aufgestellten Hypothesen läfst sich für ihn verwerten.

Differentialdiagnostisch kommt bei Atrophia cutis idiopathica vom Typus HERXHEIMER nur die Sklerodermie in Betracht. *Fritz Loeb-München.*

Kraurosis vulvae, von M. F. JAYLE. (*Presse méd.* 1906. Nr. 75.) JAYLE wendet sich erst gegen die Konfundierung zweier klinischer Begriffe, die Kraurosis und die

Leukoplasia vulvae. Die Kraurosis ist nach seiner Definition charakterisiert durch eine Schrumpfung infolge Atrophie der Haut, während die Leukoplasie sich lediglich in der Epidermis abspielt. Er wendet sich dabei gegen die Definition der Kraurosis von Breisky, der beide Prozesse nicht scharf trennt und dadurch in der Literatur eine Verwirrung der Nomenklatur herbeigeführt hat. Dies ist um so leichter möglich, da beide Prozesse häufig zeitlich neben oder hintereinander entstehen können, zweifellos aber auch ganz getrennt verlaufen können.

Nach klinischen und ätiologischen Gesichtspunkten teilt er das Krankheitsbild in folgende Gruppen ein:

1. Kraurosis leukoplasique oder Kraurosis blanc } simple. syphilitiqu.
2. Kraurosis inflammatoire oder Kraurosis rouge } folliculaire. vasculaire.
3. Kraurosis sénile.
4. Kraurosis post-opératoire.

Die Ätiologie ist in vielen Fällen unklar. Heftige Entzündungen der Vulva, wie Blennorrhoe, Balanitis, Herpeseruptionen, Erysipel, schankröse Tuberkulose und krebsige Geschwüre können nicht für das Entstehen der Krankheit verantwortlich gemacht werden; ebensowenig die Menopause. Dagegen kommen Syphilis und Kastration in Betracht, und zwar letztere „in anatomischem und physiologischem Sinn“ (Atrophie).

Therapie: Symptomatisch, eventuell Exzision der erkrankten Partien mit nachfolgender Plastik. *Carl Schramm-Dortmund.*

Beiträge zur Klinik und Pathologie des Lupus erythematodes, von Georg Chaussy. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1906.) In ätiologischer Beziehung kommen vier Theorien in Betracht: die der Anhänger der tuberkulösen Natur des Lupus erythematodes (französische Dermatologen), Toxituberkulosetheorie (Herxheimer „abgeschwächte Toxine“), die Theorie, welche im Lupus erythematodes eine einfache, chronisch entzündliche Hautaffektion auf eventuell infektiöser Basis erblickt ohne jeden Zusammenhang mit der Tuberkulose (Jadassohn: „Infektiöses Granulom“. Neisser: „Primäre Gefäfsalteration“). Ganz neu sind die Ausführungen von MacLeod (*Maladies cutanées*, 1905. V.), der Erkrankungen des Nierenparenchyms mit dem Lupus erythematodes in ätiologische Beziehung bringen will. „Bislang haben die sorgfältigsten histologischen Untersuchungen ebensowenig die ätiologische Frage zu einer definitiven Lösung zu bringen vermocht, wie die Einführung des Alt-Tuberkulin Kochs in die diagnostischen Untersuchungsmethoden.“ In einer Rekapitulation der bisher feststehenden histologischen Befunde erwähnt Verfasser, dafs die auffälligsten Veränderungen bei den erkrankten Hautstellen das Corium darbietet. Über die spezielle Lokalisation des Prozesses seien die Ansichten geteilt.

Charakteristisch ist beim histologischen Bild des Lupus erythematodes eigentlich nur die sich stets findende chronisch entzündliche Infiltration in vielfach circumskripter Form mit Degeneration des Grundgewebes und Ausgang in narbige Atrophie.

Aus der Betrachtung der ausführlich mitgeteilten Krankengeschichte geht hervor, dafs die in der Literatur oft betonte traumatische Ätiologie eine grofse Rolle spielt. Auch der oft erwähnte Status seborrhoicus ist hervorzuheben.

Die Entnahme einer Partikel zur histologischen Untersuchung war im beschriebenen Fall leider wegen des Widerstandes des Patienten nicht möglich, dadurch war auch das Tierexperiment unmöglich. Tuberkulininjektion führte zu einer allgemeinen und lokalen Reaktion. Diejenige Theorie, welche eine rein bacilläre Tuberkulose für den Lupus erythematodes annimmt, entbehrt nach der Meinung des Verfassers jeglicher Stütze. Weder sei je in einem Lupus erythematodes-Gewebe ein Tuberkel-

bacillus gefunden worden, noch je ein Impfversuch geglückt, noch habe man je histologische Bilder darstellen können, welche denen eines tuberkulösen Gewebes entsprächen. Auch die Toxituberkulosetheorie scheint dem Verfasser bedenklich. Die Ansicht von der durch den Tukerkelbacillus bedingten Erkrankung des Vasomotorenzentrums hält Verfasser nur für die Fälle für ausreichend, die der sich rasch ausbreitenden, disseminierten Form angehören.

Viel mehr läßt sich im Rahmen eines Referates über die verdienstliche Arbeit nicht bringen. Nur die therapeutischen Auslassungen des Verfassers seien noch hervorgehoben; er ist der Auffassung, daß man von allen schweren Eingriffen, Messer, scharfen Löffeln, totaler Verschorfung, molekularer Zertrümmerung mittels hochgespannter Ströme durchaus absehen muß, weil es nicht möglich ist, die Grenze der erkrankten Partie genau zu bestimmen, weder nach der Tiefe noch nach der Fläche. Er bevorzugt vor den Pastenätzungen, vor der Holländerschen Jod-Chinintherapie bei leichten Fällen die Lessersche Seifenpflasterbehandlung, bei erheblicheren die Lassarschen ganz flachen Paquelinisierungen; die Finsensche Therapie erscheint ihm aussichtsvoll. *Fritz Loeb-München.*

Bericht über experimentelle Versuche, Haarschwund beim Menschen zu inokulieren, von H. Spiral. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 584.) Die Versuche des Verfassers hatten ein negatives Ergebnis. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Xeroderma pigmentosum, von Terebinski. (*Russki Wratsch.* 1906. Nr. 48.) Verfasser beschreibt einen typischen Fall von Xeroderma pigmentosum bei einer 35jährigen Bäuerin mit Erscheinungen von Pigmentflecken, pigmentierten Warzen, atrophischen Narben und einem Ulcus an dem einen Nasenflügel. Die mikroskopische Untersuchung dieses letzteren ergab die charakteristischen Zeichen eines Plattenepithelzellencarcinoms (Cancroid). *Arth. Jordan-Moskau.*

Der Hochfrequenzstrom in der Behandlung der frühzeitigen Alopecie, von George M. MacKee-New York. (*New York med. Journ.* 28. Juli 1906.) Verfasser unterscheidet zwei Formen prämaturer Alopecie: 1. Haarverlust infolge von konstitutionellen und nervösen Störungen; hierher gehört auch die Alopecia areata und 2. Fälle, welche primär auf Bakterieninvasion zurückzuführen sind, zumal als Folge von Pityriasis, Seborrhoea sicca und oleosa. Die Behandlung der Alopecia beruht demnach auf den drei Hauptprinzipien: die Bakterieninvasion zu zerstören, internen und hygienischen Maßnahmen zur Hebung des Allgemeinbefindens und der Erzeugung einer verbesserten lokalen Zirkulation. Auf letzteren Punkt sollte besonderer Wert gelegt werden, wenn die längere Anwendung der gewöhnlichen Mittel zu keinem Ziel geführt hat. Der Hochfrequenzstrom erfüllt sowohl den Zweck vermehrter Hyperämie als den der Bakterientötung; während der Periode der Hyperämie, welche sechs bis zwölf Stunden anhält, erhalten die Haarfollikel vermehrte Blutzufuhr und dadurch ist die erhöhte Resistenz gegen die Bakterieninvasion vorhanden. Die besten Resultate werden mit dem Hochfrequenzstrom bei Alopecia nervösen Ursprungs erzielt, vorausgesetzt, daß die Behandlung genügend lange — oft sechs bis neun Monate — fortgesetzt wird. Wenn auch nicht für absolut notwendig, so doch für rätlich hält es der Verfasser, die verschiedenen chemischen Mittel in Verbindung mit der elektrischen Behandlung anzuwenden und damit auch nach Beendigung der letzteren, die etwa zweimal pro Woche in Anwendung komme und deren genauere Einzelheiten MacKee beschreibt, eine Zeitlang fortzufahren. *Stern-München.*

Ein Beitrag zur Kenntnis der Area Celsi. Pseudo-Kontagium und falsche Epidemien, von L. Jacquet-Paris. (*Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et de Syph.* Jan. und Febr. 1906.) Von einem Kollegen Giry in Briey war in einem Schreiben an Hallopeau die Behauptung aufgestellt, daß die Area Celsi durch Kontagium ver-

breitet werde. G. stützte seine Behauptung auf die Beobachtung einer gröſseren Anzahl von Fällen, welche in einer Schule zum Teil von ihm konstatiert, zum Teil vom Schulvorsteher ihm geschildert worden waren. Ferner berichtet er über das Vorkommen der Affektion bei sechs Mitgliedern derselben Familie, d. h. bei zwei Schwestern und deren je zwei Töchtern. H. ist der Meinung, daſs diese Fälle durchaus beweisend seien für die Kontagiosität, während J. dies mit groſser Entschiedenheit und viel Esprit bestreitet. Ein mehrfaches Auftreten in derselben Familie erklärt er als Familiendisposition. Er selbst habe gleichzeitig mit seinem Bruder die Affektion durchgemacht. Dabei konnte von Übertragung keine Rede sein, da der Bruder 400 km entfernt wohnte. Bei der etwas weitschweifigen Diskussion stand J. (wie man in Deutschland von vornherein erwarten würde) entschieden im Vorteil.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Pathologie der Sklerodermie und des Morbus Basedowii, von Ferdinand Kornfeld-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1906. Nr. 14 u. 15.) K. stellte in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien einen Fall von Sklerodermie vor, bei welchem neben Tachykardie und Schilddrüsenanomalien das Stelwagsche Symptom ganz charakteristisch vorhanden war, woraus Verfasser die Berechtigung herleitet, die Erkrankung dem Morbus Basedowii zuzurechnen. Seit der durch neuere experimentelle und klinische Tatsachen festbegründeten Lehre von der inneren Sekretion und den Funktionen der Blutdrüsen datiert eine völlig neue Auffassung von der Bedeutung der Drüsen ohne Ausführungsgang für den Körperhaushalt. Als Prototyp der Blutdrüsen gilt die Schilddrüse. Da sie das protektive Organ für die Ernährung der Haut, der Knochen und des Gehirns ist, so ist es verständlich, warum bei Erkrankungen der Schilddrüse trophische Störungen jener Körperteile auftreten. Es kommt daher nach Verfasser der Funktion der Blutdrüsen, namentlich der Thyreoidea, und zwar insbesondere der erkrankten, in ihrer Struktur veränderten Drüse eine wichtige Bedeutung als einem der ätiologischen Faktoren für die normale Ernährung und andererseits für die Strukturerkrankungen des Hautorgans in toto zu. Von diesen Gesichtspunkten aus hat K. die Genese der Sklerodermie in seinem und noch einem zweiten Fall als ein Teilsymptom einer von dem gestörten Schilddrüsenstoffwechsel abhängigen Erkrankung aufgefaſst, welcher aller Wahrscheinlichkeit nach in die Reihe des Basedowschen Krankheitskomplexes gehört. Damit wären auch die prodromalen Odeme bei einer strenge gesonderten Gruppe der Sklerodermie, sowie diese letztere selbst auf eine einheitlichere, ätiologische Basis gestellt. Entsprechend dieser Auffassung behandelte K. seine Patientin mit Massage, Thyreoideatabletten und gab gegen die starken neuralgiformen Schmerzen Pyramidon und Salol. Bei etwa sistierender oder rückgängig werdender Besserung will er Versuche mit Thymusextrakttabletten resp. mit Möbiusschen Antithyreoidserum machen. *Putzler-Danzig.*

Über den Zusammenhang von Sklerodermie mit Morbus Basedowii, von R. Freund-Danzig. (*Wien. klin. Rundsch.* 1906. Nr. 35.) F. teilt die Krankengeschichte einer 37jährigen Frau mit, welche an Sklerodermie litt und zugleich deutliche Symptome von Morbus Basedowii aufwies. Die Harnstoffausscheidung wie auch die Phosphorausscheidung ist wesentlich herabgesetzt, Erscheinungen, welche auf eine schwere Schädigung des Eiweiſsstoffwechsels hindeuten, worauf auch das häufige Auftreten von Indikan und die Rosenbachsche Reaktion hinweist. Auffällig ist nach F. die mit der Phosphormedikation auftretende Besserung; die Struma war nach vierwöchentlicher Behandlung kaum noch zu fühlen, ebenso hatten die Nachtschweiſse nachgelassen. Verfasser ist der Ansicht, daſs auch die Sklerodermie auf eine Stoffwechselstörung mit Disthyoriadisation zurückzuführen ist, daſs aber eine primäre Erkrankung des Nervensystems nicht vorlag, da pathologisch-anatomische Veränderungen des Nervensystems

nicht nachgewiesen waren. Eine Nervenerkrankung kann nur insofern angenommen werden, als es sich um eine Nervenreaktion infolge Stoffwechselstauungen handelt. Daſs Schilddrüsenprodukte gerade auf Haut und Unterhautzellgewebe schädigend einwirken, ist längst bekannt. Die LEUBEsche Theorie des Zusammenhanges der Sklerodermie mit Morbus Basedowii hat nach F. viel für sich. *Putzler-Danzig.*

Sklerodermie und RAYNAUDsche Krankheit, von J. D. STRASCHIMIR. (Inaug.-Dissert. Berlin 1905.) Die Arbeit sei wegen des vorzüglichen Literaturverzeichnisses über die RAYNAUDsche Krankheit an dieser Stelle erwähnt. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Sclerodermia diffusa, von O. STRAUME-Libau. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 32.) STR. beobachtete einen Fall von Sklerodermie, die sich über den ganzen Rumpf, den Hals, die unteren Gesichtspartien, die Oberarme und Oberschenkel erstreckte. Bemerkenswert ist, daſs Fibrolysininjektionen Abscesse verursachten, während Thiosinamininjektionen gut vertragen wurden.

Putzler-Danzig.

Über zwei Fälle von Sklerodermie, von HERMANN HENSEL (Inaug.-Dissert. Leipzig 1906.) Beide Fälle betreffen Männer, während im allgemeinen das männliche Geschlecht nur etwa ein Viertel der Sklerodermiefälle liefert. Der eine Patient steht im ersten Mannesalter, während der andere ein Greis ist. Beide Patienten stehen auf der Höhe des zweiten Stadiums der Erkrankung. Keiner der beiden Fälle ist geeignet, beizutragen zur Klärung der dunklen ätiologischen Frage. Auch die bei beiden vorgenommene Blutuntersuchung kann dieses Rätsel nicht lösen helfen, da die Blutbeschaffenheit sich als annähernd normal erwies. Vielleicht besteht in beiden Fällen ein ätiologischer Zusammenhang mit dem Nervensystem. Bei beiden Patienten ist die Sklerodermie zuerst an den Extremitäten aufgetreten, der Verlauf war ein ziemlich typischer, nur fehlen im ersten Fall die Gefäſsanomalien. Typische Motilitätsstörungen. In beiden Fällen wurde ohne sonderlichen Nutzen Thiosinaminanwendung versucht. Die Gewebssafttherapie hatte ganz geringen Wert. Den besten Erfolg scheint eine kräftige Ernährung, verbunden mit häufiger Massage, zu versprechen; auch scheint die Verabreichung von Natrium salicylicum in gröſseren Dosen günstig zu wirken.

Fritz Loeb-München.

Zwei Fälle von Sklerodermie, von HAMUTINA. (*Russki Wratsch.* 1906. Nr. 37.) Es handelt sich um einen Fall von diffuser Sklerodermie bei einem 18jährigen Mädchen, welches an Erysipel starb, und um einen Fall von Sklerodaktylie und Sklerodermie der Nase bei einer 46jährigen Bäuerin, die wegen Anurie ins Hospital aufgenommen wurde und starb. Verfasserin hatte Gelegenheit, eine gründliche mikroskopische Untersuchung der Haut beider Fälle vorzunehmen, welche zu folgenden Ergebnissen führte:

1. Die kleinzelligen Infiltrate sind um die Gefäſse gelagert und geben möglicherweise den ersten Anlaſs zu den Veränderungen der kollagenen Substanz.

2. Das Bestehen einer solchen kleinzelligen Infiltration läſst bereits vorhergegangene Veränderungen in den Wänden der Gefäſse vermuten.

3. Infolgedessen erscheint es wahrscheinlich, daſs zuerst das Gefäſssystem erkrankt und daſs die Hypertrophie und allendliche Atrophie der kollagenen Substanz nur sekundäre Erscheinungen sind. *Arth. Jordan-Moskau.*

Mikroskopische und chemische Untersuchungen bei einem Falle von Sclerema neonatorum, von G. CARPENTER und S. NEAVE-London. (*Lancet.* 21. Juli 1906.) Es handelte sich bei dem sechs Wochen alten Kinde um die gutartige Form des Sklerems ohne die bekannten Symptome von seiten des Darmkanals und der Nieren. Während der fünf Monate dauernden Beobachtung gedieh es gut, und unter Massage und Darreichung zunächst von Thyreoidextrakt, dann von Thymusdrüsen

(0,9—1,8 g pro die) verging auch das Hautleiden beinahe völlig. Die Untersuchung eines kleinen Stückchens Haut aus dem Oberschenkel zeigte das Fett weißer, härter und in größeren Tröpfchen als gewöhnlich. Im übrigen war der Befund negativ. Desgleichen ergab die chemische Untersuchung des Fettes einen im wesentlichen negativen Befund. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bericht über Sclerema neonatorum bei Zwillingen, von B. ADDENBROOKE-Kidderminster. (*Lancet.* 4. Aug. 1906.) Aus der kurzen Mitteilung ist zu entnehmen, daß es sich um einen typischen Fall von Sklerem bei den um einen Monat zu früh geborenen Kindern handelte mit Exitus letalis am dritten resp. sechsten Tage. Die Affektion scheint in England äußerst selten zu sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zwei Fälle von Sclerema neonatorum, von W. A. HUBERT-Billingshurst. (*Lancet.* 3. Nov. 1906.) Es handelte sich um frühzeitig geborene Zwillinge; die anfangs anscheinend gesunden, wenn auch kleinen Mädchen erkrankten am dritten resp. sechsten Tage mit den bekannten Erscheinungen und starben am fünften resp. neunten Tage nach der Geburt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Sclerema neonatorum, von R. WATERHOUSE-Bath. (*Lancet.* 10. Nov. 1906.) Die Mitteilung gibt einen ziemlich ausführlichen Bericht über einen unter Fieber (bis zu 40,5) und hoher Pulsfrequenz tödlich verlaufenden Fall. Bei der Autopsie wurde das Fehlen von normalem Fett im ganzen Körperinnern konstatiert, und das subcutane Fett war von mattweißer Farbe und derber Beschaffenheit, wie dies auch sonst beschrieben ist. Mit Osmiumsäure erhielt man eine intensive Farbenreaktion, was auf Olein und Oleinsäure, nicht aber auf das Vorhandensein von Palmitin und Stearin schließen läßt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung der Sklerodermie, von HUCHARD. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 46.) Das beste Mittel zur Behandlung der Sklerodermie, das allerdings auch nur symptomatisch wirkt, ist nach H. das Nitroglycerin, das entweder innerlich gegeben oder subcutan injiziert wird. Eingespritzt wird 14 Tage hindurch täglich 1 ccm folgender Lösung:

Solut. Nitroglycerin. 1,0 : 100,0 gtt. XL
Aq. dest. 100,0

Die Erfolge anderer Medikamente, speziell des Thyreoidins und der Jodpräparate, aber auch die Erfolge der Elektrolyse und der Röntgenbestrahlung, sind sehr unsichere; Jod bewirkt überdies sehr häufig schwere Verdauungsstörungen und kann dadurch zu einer direkt gefährlichen Abmagerung und Schwächung führen. Die Gelenkaffektionen werden am besten durch Gebrauch von Aspirin (drei- bis viermal täglich 0,5) bekämpft; örtlich appliziert H. auf die schmerzhaften Gelenke Kompressen, die mit einer Lösung von 20,0 Methylsalicylat und 20,0 Chloroform in 80,0 Kampferöl getränkt sind; die Kompressen werden mit Guttapercha bedeckt und zweimal täglich erneuert. Sehr wichtig ist auch die Vermeidung der Kälte und jeglicher geistigen Anstrengung.

Götz-München.

Idioneurosen.

Über das Jucken, von L. TÖRÖK-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1906. Nr. 28.) Nach Beobachtungen und Experimenten von T. entsteht die Juckempfindung durch geringere Reizung derselben Nervenendigungen, wahrscheinlich sind es die intraepithelialen, nackten Nervenfasern, deren größere Erregung als Schmerz empfunden wird. In Fällen von Lepra und Syringomyelie, bei welchen das Tast- und Wärmegefühl vorhanden war und das Schmerzgefühl fehlte, sowie bei SCHLEICHscher Infiltration konnte mit Juckpulver (Härchen von Cucuma pruriens) kein Jucken provoziert werden. *B. Kollarits-Budapest.*

Prurigo, Pruritus und andere juckende Dermatosen, von Oliver S. Ormsby-Chikago. (*Journ. Americ. Med. Assoc.* XLVI. 1906. Nr. 21.) Während Prurigo in Amerika selten ist, wird Pruritus hiemalis häufig angetroffen. Scabiesfälle haben sich an Zahl wesentlich vermehrt. Mit der Besprechung der Differentialdiagnose und der Therapie bringt der Verfasser nichts Neues. *Schourp-Danzig.*

Über Prurigo haemorrhagica, von Hans Vörner-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 12.) Kurze Mitteilung über einen Fall von Prurigo, der sich dadurch auszeichnete, daſs die Effloreszenzen von einem hämorrhagischen Hofe umgeben waren. Ein bestimmter Anhaltspunkt für die Ursache der Hämorrhagien lieſs sich nicht finden. Die Behandlung, bestehend in der Verabreichung von Eichenrindenbädern, Einreibungen von Unguentum sulfuratum und innerlichem Gebrauch von Calcium phosphoricum, brachte die Hautveränderungen im Verlaufe von acht Tagen unter Hinterlassung von Pigmentierungen zum Verschwinden. Später auftretende Prurigoeruptionen zeigten das typische Verhalten ohne Hämorrhagien und gelangten unter der gleichen Therapie ebenfalls rasch zur Abheilung.

Götz-München.

Über Pruritus ani und Orthoformdermatitis, von Max Joseph-Berlin. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1906. Nr. 8.) J. schildert in diesem im ärztlichen Fortbildungskurse gehaltenen Vortrag das Krankheitsbild des reinen Pruritus, einerseits zum Unterschied von dem Pruritus mit sekundärer Ekzematisation, andererseits von dem mit sekundärer Lichenifikation. Zur Beseitigung des Pruritus ani mit sekundärer Ekzematisation empfiehlt Verfasser, in erster Linie das Ekzem zu beseitigen. Dazu genügt in der Regel die Anwendung von Zinkpuder resp. Essigsaurethonerde-Umschlägen oder 2%igen Resorcinkompressen. Etwa übrig bleibende Rhagaden sind mit wiederholten Höllensteinätzungen resp. Kokain- oder Anaesthesinsuppositorien zu beseitigen. Keinesfalls ist Orthoform als Grundlage der Suppositorien anzuwenden wegen Gefahr der sehr heftig auftretenden Orthoformdermatitis. Ist nach Beseitigung der Schmerzen das Jucken noch nicht beseitigt. so ist Reinigung der Analgegend mit Sublimat 1‰ nach jedem Stuhlgang dringend zu empfehlen. Ist das Leiden auch dann noch nicht gehoben, so verwendet J. Trockenpinselungen mit 5—10% Liq. carbon. deterg. Wright oder 5—10% Bromocoll oder endlich 10% Euguform. In den schwersten Fällen greift J. zu einer Salbe von folgender Zusammensetzung:

℞	*Euguform.*	5,0
	Bromocoll.	3,0
	Menthol.	2,0
	Fetron ad	50,0
	Mf. ungt.	

Endlich bewährte sich bei schwerem Jucken dem Verfasser mehrmalige Pinselung von Tinct. benzoës. Bei Korpulenten ist eine Entfettungskur, bei Schwächlichen eine Zunahme des Gewichts zu erstreben. Gegen den Pruritus mit nachfolgender Lichenifikation verwendet J. den von Lingner Dresden auf Veranlassung des Verfassers hergestellten 10—50%igen Pittylenparaplast, ein Teerpräparat, mit ausgezeichnetem Erfolge. *Putzler-Danzig.*

Bromotan, ein neues Mittel gegen Juckreiz, nässende Ekzeme usw., von Hans Rockstroh-Wiesbaden. (*Ther. Monatsh.* April 1906.) Bromotan stellt das Einwirkungsprodukt von Formaldehyd auf Bromtannin und Harnstoff, den Bromtannin-Methylenharnstoff dar; es ist ein lockeres, staubfeines, gelbbraunes, in Wasser unlösliches Pulver, geruchlos und fast geschmacklos. Es wurde verdünnt mit Talcum und Zinkoxyd 10%ig angewandt und zwar hauptsächlich bei nässenden Ekzemen, wobei

es sich gut bewährte. Besonders beseitigte es schnell und dauernd den lästigen Juckreiz; die Beobachtung bezog sich auf 25 Fälle, von denen ein Teil aufgeführt wird.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Anaesthesin-Ritsert als juckstillendes Mittel, von E. Freund-Prag. (*Ther. der Gegenw.* 1906. Nr. 6.) Anaesthesin wurde vom Verfasser mehrmals mit bestem Erfolg bei sehr hartnäckigem Pruritus diabeticorum und Pruritus vulvae als 10°/₀ige Lanolinsalbe angewendet. *Carl Schramm-Dortmund.*

Sekretionsanomalien.

Über eine mit Schwellung einhergehende Hypersekretion der Schweifs- und Talgdrüsen in der Achselhöhle während des Wochenbettes, echte Milchsekretion vortäuschend, von Ludwig Seitz München. (*Arch. f. Gynäkologie.* 80. Bd. 3. Heft.) Mitteilung von vier Beobachtungen von Schwellungen in der Achselhöhle bei Wöchnerinnen, bei welchen es sich um eine Hypersekretion der Schweifs- und Talgdrüsen mit zeitweiliger Retention des Sekretes handelte. Beim Ausdrücken der Schwellung auf der Höhe ihrer Entwicklung entsteht durch die Vermischung des Schweifs- und Talgdrüsensekretes eine Emulsion, die nicht nur makroskopisch, sondern auch mikroskopisch aussieht wie echte Milch und welche daher irrtümlich zur Annahme einer akzessorischen Mamma führen könnte. Die Befunde stützen die Ansicht Gegenbaurs von der überaus weitgehenden Ähnlichkeit der Milch- und Talgdrüsen und zeigen, dafs es zeitweise zu solcher Hypersekretion der Schweifs- und Talgdrüsen kommt, dafs daraus druckempfindliche, deutlich palpable Tumoren werden. Die reichliche Schweifsabsonderung der Achselhöhle ist eine regelmäfsige Erscheinung im Wochenbett und die erhöhte Tätigkeit der Talgdrüsen während der Schwangerschaft ist gleichfalls längst bekannt. *Schourp-Danzig.*

Die Behandlung der Hyperhidrosis mit Vestosol, von Edmund Saalfeld-Berlin. (*Ther. Monatsh.* 1906. Nr. 6.) Alle die bisher angewandten Methoden zur Vertreibung der Hyperhidrosis, speziell der Füfse, welche Saalfeld erwähnt, haben ihre Vorzüge und Nachteile, selbst das Formalin. Es erscheint also gerechtfertigt, nach einem Präparat zu suchen, welches die guten und wirksamen Eigenschaften des Formalins besitzt, ohne gleichzeitig dessen unangenehme und destruierende Eigenschaften zu zeigen. Diesen Anforderungen entspricht nach S.s Erfahrungen an 50 Patienten das von Dr. Lonner hergestellte Vestosol. Dasselbe stellt eine weifsgelbliche Salbe dar, die keinen stechenden Formalingeruch besitzt. Das wirksame Prinzip des Vestosol ist der Formaldehyd, welcher bis zu 2°/₀ bei Gegenwart anorganischer Metalloxyde (Zink und Bor) an ein neutrales Fettgemisch gebunden ist; dem Salbenvehikel wird mit Vorteil Fetron beigefügt. Geeignete Geruchskorrigentien lassen den Geruch der Salbe als angenehm empfinden. Das Mittel wird, ohne vorheriges Baden, auf die Füfse an zwei bis vier aufeinanderfolgenden Tagen je einmal eingerieben, stets mit Erfolg, der vier bis sechs Wochen vorhält. Der Vorteil der Vestosolbehandlung liegt in der Einfachheit der Anwendung, in dem Mangel jeglicher Schädigung des Schweifsdrüsenepithels, im Fehlen aller unangenehmen Nebenerscheinungen sowie in seiner Billigkeit, da für jede Behandlung 5—10 g der Salbe genügen. Auch bei Pruritus ani bewährte es sich. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Fall von Hyperhidrosis mit lokaler Applikation von Hochfrequenzströmen behandelt, von Max Kahane-Wien. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1906. Nr. 42.) Mitteilung eines Falles von schwerer Hyperhidrosis, welche sich gegen die gebräuchlichen Behandlungsweisen als nahezu refraktär erwies und durch Behandlung mit Hochfrequenzströmen, wenn auch nicht geheilt, so doch ganz auffällig günstig beeinflufst wurde. *Putzler-Danzig.*

Hyperhidrosis und Bromhidrosis axillarum, von Lebredde. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 27.) Hyperhidrosis axillarum tritt sehr oft im Verlaufe von Gärungsdyspepsien auf; in solchen Fällen müssen natürlich die Magendarmstörungen in erster Linie beseitigt werden. Besonders häufig findet sich Hyperhidrosis axillarum bei fetten Individuen; bei solchen ist eine Entfettungskur angezeigt.

Das beste und sicherste Mittel zur Verminderung der Hyperhidrosis und zur Beseitigung der Bromhidrosis der Achselhöhlen ist die Behandlung mit Röntgenstrahlen; L. bestrahlt alle 14—20 Tage und läſst jedesmal zwei bis drei Einheiten nach Holzknecht einwirken; schädliche Folgen hat er bei dieser kleinen Dosis nie gesehen. — Die medikamentösen Mittel, die L. anführt, sind bekannt.

Unterhalten wird die Hyperhidrosis axillarum bei Frauen durch die gebräuchlichen Schweiſsblätter aus Gummi; zwischen diesen und der Haut sollte stets hydrophile Gaze getragen werden. *Götz-München.*

Über die Prophylaxe der Fuſskrankheiten in der Armee, von Fritz Bethke. (Inaug.-Dissert. Berlin 1905.) Ein Kapitel behandelt die Therapie des Fuſsschweiſses. Erwähnenswertes ist darin nicht enthalten. *Fritz Loeb-München.*

Zur Behandlung des Schweiſsfuſses in der Armee, von Fischer-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 9.) Villaret hat vor einiger Zeit gegen die von F. empfohlene Formalin- bzw. Formalin-Vasenol-Behandlung des Schweiſsfuſses energisch Stellung genommen. Die Ausführungen Villarets widerlegt nun F. im einzelnen sehr eingehend; er befürchtet (und das wohl mit Recht, Ref.), daſs die von Villaret der Formalin-Vasenol-Behandlung des Schweiſsfuſses in so reichlichem Maſse zugesprochenen Nachteile und Gefahren in Wirklichkeit, d. h. in der Praxis nicht existieren. Die Salicylsäurebehandlung des Schweiſsfuſses, die Villaret wieder eingeführt wissen will, hält F. gleich den meisten Ärzten für absolut unzulänglich. *Götz-München.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Ein Fall von allgemeiner Argyrie, von R. A. Allen-Lauret. (*Journ. amer. med. assoc.* 1906. Bd. 47. Nr. 22.) Eine 69jährige Frau hatte wegen chronischer Magenstörung fünf bis sechs Jahre hindurch Pillen eingenommen, deren jede 1/6 Gran Argentum nitricum enthielt. Die schieferblaue Verfärbung erstreckte sich auf die Haut des Gesichtes, des Rückens, des Brustkorbes und der Unterextremitäten, welche etwas hyperästhetisch waren. *Schourp-Danzig.*

Über Ikterus epidemicus, von Wolferz-Riga. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 22.) W. berichtete in der Gesellschaft praktischer Ärzte zu Riga über drei Fälle von Ikterus epidemicus, welche er beobachten konnte. Als Ursache fand er bei der Königsberger Epidemie im Jahre 1889 einen typhusähnlichen Bacillus, der in Kultur sich vom Typhusbacillus unterscheiden läſst. Nach Chauffard entsteht dieser Ikterus durch Ptomaine vom Darm aus. Kelch vertritt die Anschauung, daſs der Ikterus catarrhalis eine abortive Form des Ikterus gravis sei und hält ihn für infektiös. Schwartz, Bosse, Bruthol, Hack und andere haben ebenfalls zur selben Zeit mehr oder weniger zahlreiche Fälle der Erkrankung beobachtet. *Putzler-Danzig.*

Ikterus im Verlaufe von Scharlach, von Wilh. Kaupe-Dortmund. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 7.) Bei einem vierjährigen Kinde, das an leichtem Scharlach erkrankte, aber schon seit vier Tagen fieberfrei war, trat, bei strengster Milchdiät, begleitet von Temperatursteigerung auf 39,8° und starker Schwellung aller von auſsen fühlbarer Lymphdrüsen hochgradiger Ikterus auf; die Leber wurde deutlich fühlbar aber nicht schmerzhaft, der spärliche Urin enthielt viel Eiweiſs und viel Gallenfarbstoff, sowie zahlreiche ikterische hyaline Cylinder. Nach fünf Tagen fiel

das Fieber ab, und damit begann die Rekonvaleszenz. Der Ikterus war in diesem Falle entweder dadurch verursacht, daſs mit den übrigen Drüsen auch die an der Porta hepatis gelegenen anschwollen und den Ausführungsgang der Gallenblase verlegten, oder aber das Virus führte zu einer Entzündung der Leber selbst als Drüse und es wurde dadurch der Übertritt von Gallenfarbstoff in die Blutbahn bedingt.

Götz-München.

Ein Fall von künstlich erzeugtem Hautemphysem, von P. Pregowski-Warschau-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 31.) Pr. hat an sich selbst Versuche über die hypästhesierende Wirkung eines stärkeren Luftstromes auf die Haut in der Weise vorgenommen, daſs er einen kräftigen Luftstrom über die Haut leitete und dabei eine Nadel in die Haut einstieſs. Beim ersten Versuche entstanden auf der so behandelten Hautpartie mehrere blasse, beim Betasten schmerzhafte papulöse Erhebungen, zwei weitere Versuche, von denen der eine an der Brust, der andere an der Innenfläche des linken Oberschenkels vorgenommen wurde, führten zur Bildung von subcutanen Emphysemen. Das Emphysem am Oberschenkel war sehr ausgedehnt und bewirkte geringgradige Temperatursteigerung, Kopfschmerzen und leichtes Übelbefinden; trotz seiner Gröſse verschwand es im Laufe von sieben Tagen.

Götz-München.

Die Pityriasis versicolor, eine tuberkulöse Dermatomykose, von M. Piéry und Renoux. (*Lyon méd.* 1906. Nr. 3.) Die Verfasser haben die Pathologie der Pityriasis versicolor zum Gegenstand von Untersuchungen und Tierexperimenten gemacht und sind auf Grund ihrer Beobachtungen zu folgenden Schlüssen gelangt:

1. Die Verimpfung von Pityriasis versicolor-Schuppen auf Meerschweinchen vermag bei den Impftieren Tuberkulose hervorzurufen.

2. Weder die Einimpfung von Schuppen, die von der Haut von Phthisikern mit stark bazillenhaltigem Auswurf abgekratzt worden sind, noch die Einimpfung von Schuppen, die von irgend einer anderen, im Verlaufe der Phthise auftretenden Dermatose stammen, erzeugt beim Meerschweinchen Tuberkulose.

3. Die Pityriasis versicolor, die bei Tuberkulösen so häufig ist, kommt nicht bei den verschiedenen klinischen Formen der Tuberkulose ohne Unterschied vor, sondern fast ausschlieſslich bei der „abortiven, abgeschwächten, geschlossenen Lungentuberkulose“ (i. e. der Spitzeninfiltration).

4. Die Pityriasis versicolor muſs wahrscheinlich als eine tuberkulöse Dermatomykose betrachtet werden.

5. Diese Erkenntnis spricht für die Annahme, daſs der Kochsche Bacillus ein Saprophyt und die Tuberkulose mykotischer Natur ist. *Götz-München.*

Über den neuen Infektionsweg der Ankylostomalarve durch die Haut, von W. Schüffner-Deli-Sumatra. (*Centralbl. f. Bakteriol. usw.* Bd. XL. Heft 5.) Über die Art des Einwanderns geben Sch.s Präparate ein Bild, das durchaus von dem durch Looss beschriebenen abweicht. Dort waren es fast ausschlieſslich die Haarbälge, deren sich die Larven als Eintrittspforten bedienten. Längs der Haarscheide sollen sie sich dann bis zur Haarzwiebel durcharbeiten, um da erst in die Cutis überzutreten. Ganz vereinzelt durchbrach eine Larve die eigentliche Epidermis.

In Sch.s Präparaten dagegen bleiben die Haarbälge völlig frei. Die Larven bedienen sich auch nicht präformierter Kanäle, wie Schweiſs- oder Talgdrüsengänge, durch welche sie ohne Zweifel bequemer in die Cutis gelangen würden, nein, sie wählen hier sämtlich den direkten Weg durch die Haut, dessen Looss nur als einer Ausnahme Erwähnung tut. Die Epidermis wird von den Larven an Stellen durchsetzt, die weder mit Drüsen noch mit Haarbälgen in Beziehung stehen. Es scheint, als ob die saftigen Zellagen der Epidermis den Larven keinen Widerstand entgegen-

zusetzen vermögen. Jedes Tierchen bahnt sich seinen eigenen Weg. Man findet die durch sie gebohrten Kanäle oft ganz dicht nebeneinander, so daſs das Rete Malpighi wie zerwühlt aussieht. Die Gänge verlaufen annähernd in senkrechter Richtung zur Oberfläche der Haut; die Larven haben demnach wohl das Bestreben, auf kürzestem Wege in die Cutis einzutreten.

Auf welche Weise nun kommen die zarten Tierchen durch die verhornten Schichten der Epidermis? Sind sie imstande, mit ihrem ja etwas zugespitzten Kopfende die Hornzellen auseinanderzutreiben, oder besitzen sie etwa die Fähigkeit, die Verklebung der Zellen durch ein Sekret aufzuweichen? Dieser Vorgang erschien so unverständlich, daſs man sich lange bedachte, die Lehre von Looss anzunehmen.

Die Erklärung würde sehr einfach sein, wenn man annehmen dürfte, daſs in der Hornschicht Spalten bestehen, die durch die ganze Dicke derselben gehen und direkt bis auf die erste Lage der noch weichen Epidermiszellen führen.

Aber es ist doch fraglich, ob solche tiefgehenden Spalten normalerweise in der Epidermis vorhanden sind. Oberflächliche Spalten, auch solche, die bis in die Mitte der Hornschicht reichen, sieht man regelmäſsig, aber bis unter die Hornschicht gehende, müssen als etwas Besonderes angesehen werden. Die untersten Hornlagen scheinen doch sehr fest auf der Eleidinschicht zu haften. Sch. fand künstliche Spalträume unter der Hornschicht, die sich die Larve geschaffen hatte. Um dahin zu gelangen, hatte sie sich durch die trennende Hornschicht durcharbeiten müssen. Dafür scheint die Kraft, die das Tierchen, sich an die Wand des Hohlraumes stemmend, zu entfalten vermag, ausreichend zu sein.

Mag nun das Eindringen der Larven auf diese oder jene Weise erleichtert werden, das eine sieht man wenigstens aus der vorliegenden Arbeit, daſs eine besondere Beziehung der Larven zu den Haarbälgen nicht besteht.

Arthur Rahn-Berlin.

Ein Fall von disseminierter Tinea circinata corporis, von Ohmann-Dusmenil-St. Louis. (*St. Louis journ.* April 1906.) Patient war ein 24jähriger Bäcker, bei welchem das Hautleiden beinahe über die ganze Hautoberfläche ausgebreitet, ausgesprochener jedoch auf der Vorder- und hier wieder der rechten Seite war. Leichtes Brennen begleitete die Affektion, von welcher die mit Haaren bedeckten Körperteile völlig verschont blieben — es handelte sich also um eine sog. epiphytische und nicht um die viel ernstere hypophytische Form der Tinea. Die Behandlung war eine sehr einfache und rasch zum Ziele führende: mit grüner Seife. Ohmann-Dusmenil hebt noch die Nutzlosigkeit von Schwefel, welcher nur bei gewissen Formen von Scabies Erfolg bringe, bei diesen vegetabilisch parasitären Krankheiten hervor.

Stern-München.

Erythema autumnale. Ernteausschlag. Prurigo du rouget, von J. C. Thresh-Chelmsford. (*Lancet.* 10. Nov. 1906.) In südlichen Teilen von England kennt die Landbevölkerung eine akut auftretende, mit intensivem Juckreiz und Rötung der Haut einhergehende Affektion, welche zumeist die Beine und namentlich das weibliche Geschlecht befällt. Man schiebt es auf das Vorhandensein von Spinnen zurück. Verfasser (gestützt auf andere Forscher) erklärt es durch die Einwirkung des Trombidium holosericum resp. dessen Larven. Diese minimalen Tierchen sind mit bloſsem Auge kaum zu erkennen; nur wenn mehrere beisammen sind, hat man den Eindruck eines ziegelsteinroten Klümpchens. Sie setzen sich an den Lanugohaaren fest und bohren ihren Rüssel in die Epidermis ein. Man entfernt sie am besten mit Benzin oder (etwa an den Augen) mechanisch. Nachher sind reizstillende Mittel, wie Bäder und dünne Essiglösung, indiziert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Fliegenkrankheit und ihre Behandlung, von J. A. ROORDA SMIT-Rotterdam. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 19.) Die Myiasis wird veranlafst durch die Larven von Lucilia, Oestrus, Calliphore oder anderer Dipteren. Die Fliege legt ihre Eier auf pathologisch veränderte Gewebe, z. B. eine durch Ekzem, Akne, Erythema oder Ulcera präparierte Haut, den eiternden Meatus auditorius, die Nasenhöhle mit Ozaena oder anderen krankhaften Veränderungen. Die Larven entwickeln sich aufserordentlich schnell, oft schon nach 24 Stunden. Ihre Zahl ist unbegrenzt; man hat bis zu 250 Stück bei demselben Patienten gefunden. Symptome: Fieber, Kopfschmerzen, starkes Jucken und fast unerträglicher lokaler Schmerz.

Als die beste Behandlung empfiehlt S. neben möglichstem Abfangen der Larven (ist zuweilen sehr schwer, da sich die Tiere sehr rasch unter die Haut verkriechen) den ausgiebigsten Gebrauch von Kalomel als Streupulver, mit dem schon oft nach 24 Stunden ein radikaler Erfolg zu erreichen ist. *Carl Schramm-Dortmund.*

Mifsbildungen.

Ein Fall von totaler angeborener und bleibender Atrichie, von CURT HOFFMANN. Aus dem Königl. pathologischen Institut in Königsberg i. Pr. (Inaug.-Dissert. Königsberg i. Pr. 1905.) Bei einem an Lebercirrhose verstorbenen 48jährigen Mann wurde als besonders interessanter Nebenbefund eine fast totale Haarlosigkeit des ganzen Körpers gefunden. Durch Nachfrage wurde ermittelt, dafs der betreffende Mann nie Haarwuchs hatte, dafs Eltern und Geschwister normale Behaarung hatten, ebenso alle anderen Familienangehörigen. Die Mutter will „sich versehen“ haben. Verfasser gibt eine ausführliche histologische Beschreibung der Präparate von Kopf-, Brust-, Bauch- und Inguinalhaut, diese zeigen im allgemeinen dasselbe pathologische Bild. Stets findet sich eine sehr dünne Epidermis, die meist nur die Hälfte bis ein Viertel der Dicke einer normalen Epidermis einnimmt. Das Stratum papillare ist stets sklerotisch, hyalin. Die ziemlich zahlreichen Papillen sind normal. In allen Präparaten fehlt jede Spur von Haaren und irgendwelchen Haaranlagen; die Epidermis ist überall uneben und schickt grubige Einsenkungen in das darunter gelegene Bindegewebe, Talgdrüsen finden sich nur in den Präparaten der Brust- und Bauchhaut. Bauch- und Inguinalhaut zeigen keine sklerotischen Stränge, dagegen perlenartige Gebilde, die abgeschnürte Einsenkungen darstellen und von einem sklerotischen, hyalinen Hof umgeben sind.

Anatomische Untersuchungen über angeborene Atrichie sind selten beschrieben worden. Verfasser schildert und bespricht eingehender die Arbeiten von BONNET, ZIEGLER und SCHEDE und vergleicht die Fälle dieser Autoren mit den seinigen. Er sucht in der Atrophie der Epidermis die Ursache für den vorliegenden Defekt; dazu kommt ätiologisch vielleicht noch der Widerstand, den das sklerotische Bindegewebe einer Epidermisverdickung entgegensetzte. Wahrscheinlich aber wirken beide Momente gemeinsam. Die anderen Anhangsgebilde der Haut, die Nägel und Zähne, waren im Fall HOFFMANNS völlig normal. *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zur Kenntnis der Naevi als Zeichen der Malignität bei Tumoren (TRELATsches Symptom), von J. L. DE BOUCAUD. (*Thèse de Bordeaux.* 1904. Nr. 118.) Nach der Ansicht des Verfassers ist das TRELATsche Symptom von diagnostischem Wert. *Fritz Loeb-München.*

Über maligne Degeneration der Naevi, von J. HITEFF. (*Thèse de Montpellier.* 1904. Nr. 12 [Univ.].) *Fritz Loeb-München.*

Einen Fall von Naevus pigmentosus pilosus stellt H. E. Schmidt in der Gesellschaft der Charité-Ärzte am 15. Februar 1906 vor (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 17). Der Fall war mit Radium behandelt, die Stellen des früheren Naevus zeigen glatte, weiße Narben. Ferner zeigt Schmidt einen Fall von **Alopecia totalis**, der unter Bestrahlung mit Eisenlicht nach Kromayer sich bedeutend bessert. Den Schluß bilden zwei Fälle von **Favus**, die mit Röntgenstrahlen erfolgreich behandelt worden sind. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über pigmentierte, schwimmhosenartige Naevi, von Guido Bohm. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1905.) Nach kritischen Literaturberichten macht Verfasser von seinem Fall Mitteilung. Zu einem kurzen Referat ist die beachtenswerte Arbeit nicht geeignet.

Fritz Loeb-München.

Verschiedenes.

Der Erste Kongreſs der deutschen Gesellschaft für Urologie findet statt vom 2.—5. Oktober 1907 in Wien im Gebäude der k. k. Gesellschaft der Ärzte. Als Hauptthemen werden in Diskussion gezogen: 1. Diagnostik und Therapie der Nierentumoren. Referenten: Küster-Marburg, v. Eiselsberg-Wien. 2. Diagnostik und Therapie der Nephrolithiasis. Referenten: Kümmel-Hamburg, Holzknecht, Kienböck-Wien. 3. Die Albuminurie. Referenten: v. Noorden-Wien, Posner-Berlin. Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen haben mit einer kurzen Inhaltsangabe versehen bis spätestens 15. Juli 1907 an die Geschäftsstelle in Wien (Dr. Kapsammer, IX. Maria Theresienstraſse 3) stattzufinden. Ebendahin sind auch Anmeldungen zur Diskussion über die genannten drei Hauptthemen zu richten. Die Vorsitzenden: Prof. Posner-Berlin. Prof. v. Frisch-Wien.

Irrtümer in der Behandlung der Hautcarcinome, von A. R. Robinson-New York. (*New York med. Journ.* 29. Dez. 1906.) Auf Grund einer 25jährigen Erfahrung kommt R. bei Besprechung oft wahrgenommener falscher Behandlungen zu folgenden Schlüssen:

1. Jeder Fall von Hautcarcinom erfordert spezielle Beobachtung und speziell ausgewählte Behandlung, und keine einzige der verschiedenen Methoden, wie Excision, Kautherisation, Radio-, Röntgenotherapie, kann als die beste für alle Fälle von Carcinom angesehen werden.

2. Alle Fälle von multiplen Hautcarcinomen und alle älteren Patienten mit Hautkrebs erfordern innere (diätetische) neben der äuſseren Behandlung. Milchdiät, grüne Gemüse, Vermeidung von Fleisch im allgemeinen und von speziellen Teilen, wie Leber, Nieren und von Alkohol ist in allen Fällen von Krebs, mag er äuſserlich oder innerlich sein, zu empfehlen. Schilddrüsenextrakt sollte in möglichst hohen Dosen in allen Fällen, wo seniler Zustand der Haut vorhanden ist, und bei den meisten Oberflächencarcinomen gegeben werden.

3. Eine genaue Kenntnis der histologischen Art des Krebses und dessen Ausdehnung sollte jeder Behandlung vorausgehen.

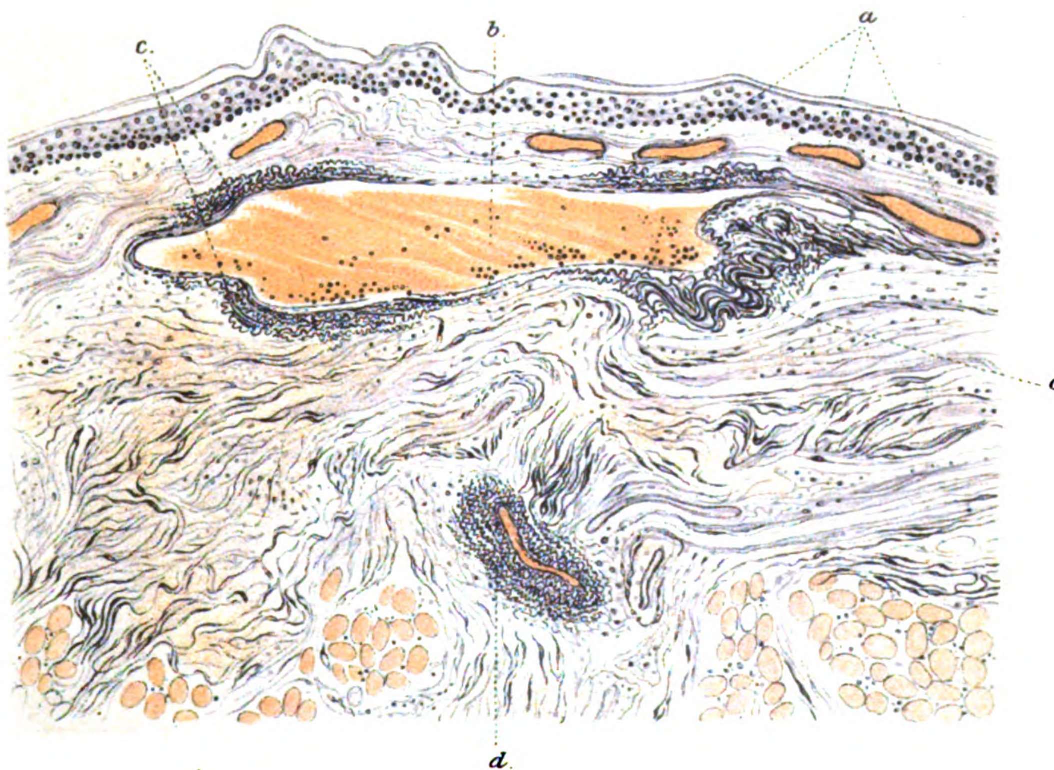
4. Wenn irgend möglich, sollten alle Fälle wenigstens noch ein Jahr nach Beginn jeglicher Behandlung — wegen der Rezidive — in Beobachtung bleiben.

5. Frühzeitige Diagnose und korrekte Behandlung reihen die Hautcarcinome unter jene Klasse von Krankheiten, welche den Namen unheilbar nicht verdienen, da sie fast ohne Ausnahme bei Anwendung der richtigen Methode mit Erfolg behandelt werden können. *Stern-München.*

Fig. 1.



Fig. 2.



Pasini del.
Lith.Anst. Julius Klinkhardt, Leipzig
Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 44. | №. 8. | 15. April 1907.

Aus Dr. Unnas Dermatologicum in Hamburg.

Neue Studien über die Hornsubstanz.

Von

P. G. Unna und Dr. Lazar Golodetz,
Chemiker des Dermatologicums.

Mit einer Tafel und einer Abbildung im Text.

Einleitung.

Die Wichtigkeit der Hornsubstanz und ihrer Eigenschaften für unsere gesamte Hauttherapie steht bis heute noch in einem beschämenden Mißverhältnis zu unseren geringen chemischen Kenntnissen über jene Substanz. Wir besitzen nachgerade ein sehr ausgedehntes, empirisches Wissen über die eigentümlichen Wirkungen zahlreicher chemischer Substanzen auf die gesunde und kranke Haut und übersehen dabei nur zu häufig, daß wir diese Stoffe direkt nur mit der alles bedeckenden Hornsubstanz in Berührung bringen, daß es sich also zunächst immer ganz allein um die Wechselwirkung zwischen Medikament und Hornsubstanz handelt. Da nun die letztere sich in großen Mengen besonders vom Haar- und Federkleid der Tiere erhalten läßt und die physiologische Chemie seit langer Zeit gewohnt ist, das Keratin als eine — wenn auch nicht ganz einheitliche — so doch als eine besondere, albuminoide Substanz von der großen Gruppe der Eiweißstoffe abzusondern, so sollte man voraussetzen, daß durch einwandsfreie Versuche über die Wirkungen der Medikamente auf Keratin im Reagierglase dieser Teil unserer Therapie schon längst genügend aufgeklärt sei. In Wirklichkeit aber ist in dieser Richtung noch so gut wie nichts geschehen. Nur das kleine Kapitel der Ätzungen mit sehr starken Säuren und Alkalien, welche die Hornsubstanz direkt auflösen oder verschorfen, zeigt uns diese befriedigende Übereinstimmung zwischen chemisch-physiologischem Experiment und therapeutischer Erfahrung. Über die viel feineren und interessanteren Einwirkungen unserer

täglich gebrauchten Medikamente, wie z. B. der reduzierenden, der oxydierenden Substanzen, der Salicylsäure usf. auf das Keratin befinden wir uns noch völlig im Unklaren.

Bei den Versuchen, diese Lücke auszufüllen, stofsen wir aber sofort auf eine grofse Schwierigkeit. Dürften wir das aus Tierhörnern, Federn, Hufen, Klauen und ähnlichen Horngebilden der Tiere hergestellte Keratin einfach als identisch betrachten mit dem Keratin der menschlichen Hornschicht, so besäfsen wir allerdings ein reichliches, nie versiegendes Versuchsmaterial. Eine solche Identifizierung ist jedoch nicht ohne weiteres gestattet, denn sowohl die anatomische Struktur dieser verschiedenen Hornsubstanzen wie die chemische Zusammensetzung derselben zeigen beträchtliche Unterschiede. Ja, wir dürfen nicht einmal für die menschliche Hornschicht die in viel gröfserer Menge erhältlichen menschlichen Nägel und Haare substituieren, da alle diese Gebilde strukturell und chemisch voneinander abweichen. Am einfachsten wäre es daher, wir stellten den Hornstoff zu unseren Versuchen aus menschlicher Fufssohlenhaut, Schwielen, Leichdörnern usw. her; aber das so gewonnene Keratin würde kaum zu den bescheidensten Versuchen ausreichen.

Diese Schwierigkeiten können wir nur dadurch überwinden, dafs wir das tierische Keratin, welches uns in reicher Fülle zu Gebote steht, ebenso wie das Keratin der menschlichen Hornschicht genau untersuchen und vergleichen, die Ursache der Verschiedenheiten zu ergründen suchen und schliefslich aus den tierischen Horngebilden ein Keratin herstellen, welches dem der menschlichen Hornschicht in allen Beziehungen gleicht.

In mehreren früheren Arbeiten[1, 2, 3] hat einer von uns an der Hand von Verdauungsversuchen mit Pepsin-Salzsäure für die uns hier besonders interessierende Verhornung der Oberhautzellen den Nachweis geführt, dafs hier:

1. die Hornhautsubstanz nur aus einem kleinen Teil der Oberhautzelle, und zwar aus dem äufsersten Randsaum (Ektoplasma) des Protoplasmas entsteht,
2. die im Innern der Zelle dabei auftretenden Substanzen: Keratohyalin und Eleidin nichts mit der Verhornung zu tun haben,
3. der Kern der Oberhautzellen sich an der Verhornung ebenfalls nicht beteiligt.

---

[1] Unna, Entwicklungsgeschichte und Anatomie der Haut. Ziemssens Handbuch. 1883.

[2] Unna, Die Fortschritte der Hautanatomie in den letzten fünf Jahren. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1888. S. 960.

[3] Unna, Über das Wesen der normalen und pathologischen Verhornung. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1896. Bd. 23 S. 1.

Die verhornten Oberhautzellen, welche alle unsere Medikamente aufnehmen, zeigen mithin eine besonders schwache, oberflächliche Verhornung. Der gröfste Teil einer solchen Hornzelle ist schon von der Natur quasi verdaut, d. h. in zum Teil halbflüssige (Eleidin-) Produkte regressiver Metamorphose umgewandelt, oder mit anderen Worten: er ist nekrobiotisch. Daher ist es auch ein leichtes, aus der normalen Hornzelle des menschlichen Deckepithels die Hornsubstanz in Schnitten durch die Verdauung zu isolieren. Die betreffende Hornschicht mag frisch oder jahrelang in Alkohol konserviert, trocken geschnitten oder in Celloidin eingebettet sein, immer gelingt es, im Laufe von zwölf Stunden den ganzen verdaulichen Inhalt der Hornzellen vollkommen und rein herauszudauen, so dafs nur leere Hornhülsen übrig bleiben. Mithin zeichnen sich die Hornzellen des Deckepithels dadurch aus, dafs schon beim Akte der Verhornung eine gute Isolierung des Keratins in einer bestimmten Region der Zelle stattfindet und dafs das Keratin nur in Form feiner Membranen oder Hülsen vorkommt.

Viel gröfsere Schwierigkeiten treten der Verdauung entgegen, wenn diese günstigen Bedingungen, wie sie an der normalen Oberhaut zusammentreffen, nicht vorhanden sind. Schon die Verdauung menschlicher Nägel und Haare, sodann die pathologischen Hornerzeugnisse der menschlichen Oberhaut, z. B. der Psoriasis- oder Ichthyosisschuppen, läfst dieses klar erkennen. Man mufs ein ganz bestimmtes Schema der Bearbeitung dieser Hornsubstanzen einhalten, um überhaupt nur zu konstanten Resultaten zu gelangen.

Es hat sich hierbei herausgestellt,[4] dafs der bei weitem wichtigste Punkt, um auch in diesen Fällen zu einer vollkommenen Verdauung von allem Verdaulichem zu kommen, die Anfertigung äufserst feiner Schnitte ist. Die Schnitte sollen womöglich so fein sein, dafs jede Hornzelle zweimal angeschnitten ist; wenigstens aber mufs jede einmal angeschnitten sein. Wir können nämlich von keiner Hornzelle wissen, ob sie nur an der Oberfläche verhornt ist, wie die Zelle des Deckepithels, oder auch im Innern. Es heifst aber dem eventuell verdaulichen Zellinhalte zuviel zumuten, sich erst durch eine unverdauliche Hornmembran hindurch verdauen zu lassen und dann noch durch dieselbe gut erhaltene Membran ihren Inhalt nach aufsen abzugeben. Wenn die Hornhülsen nicht angeschnitten sind, ist es zunächst zweifelhaft, ob die Verdauungsflüssigkeit dieselbe passiert hat und zum Inhalte gelangt ist, aber noch zweifelhafter, ob am Schlusse der Verdauung eine Entleerung des Verdauten durch die unverdaute Membran stattgefunden hat und ganz sicher, dafs man sich mikroskopisch nicht von dem Verschwinden des Inhaltes überzeugen kann.

[4] A. a. O. Nr. 3. S. 11.

Auf diesen wichtigen Punkt ist bisher bei allen Untersuchungen des Keratins von Seiten der Chemiker zu wenig Rücksicht genommen.

Um nun den Zweck des ein- bis zweimaligen Anschnittes jeder Hornzelle zu erreichen, mufs das Material stets senkrecht zur gröfsten Fläche der Hornzellen geschnitten sein. Wir müssen also stets Querschnitte der Hornzellen der Verdauung unterwerfen, wenn wir sicher sein sollen, nur Keratin zu erhalten und nicht etwa Keratin, gemischt mit verdaulichen, aber fest eingeschlossenen Protoplasmaresten, Kernresten und Keratohyalin. Um derartig feine Querschnitte zu erhalten, ist es in allen Fällen ratsam, das möglichst verkleinerte Hornmaterial durch Alkohol und Äther in Celloidin zu bringen und mit dem Mikrotom zu schneiden. In den Lehrbüchern wird allerdings empfohlen, die Alkoholhärtung vor der Verdauung möglichst zu meiden. Diese Rücksicht ist aber ganz unnötig. Nach unseren vergleichenden Versuchen wird der Inhalt von in Alkohol gehärteten (ja, jahrelang in Alkohol aufbewahrten) Hornzellen ebensogut verdaut wie der von frischen, die mit Alkohol nicht in Berührung gekommen sind. Die gröfsere Dicke des einfach trocken geschnittenen Hornmaterials bedingt einen wirklichen Fehler in bezug auf scheinbare Unverdaulichkeit des Zellinhaltes, nicht die völlig unschädliche Vorbehandlung mit Alkohol und Äther, welche nebenbei noch eine genügende Entfettung des Hornmaterials gleichzeitig herbeiführt, die bei einer regelrechten Verdauung bekanntlich allen anderen Prozeduren vorangeschickt wird.

Es unterliegt keinem Zweifel, dafs in Zukunft jeder chemischen Untersuchung von Horngebilden eine mikrochemische voranzugehen hat, welche sich mit der Frage beschäftigt, was an diesen Hornprodukten anatomisch-physiologisch als Hornsubstanz anzusprechen ist und was nicht, und welche auf Grund dieser Untersuchung nur das als Keratin Erkannte der chemischen Analyse unterwirft. Wenigstens wird man nur auf diesem Wege die Hoffnung hegen dürfen, zu konstanten und befriedigenden Resultaten in der Chemie des Keratins zu gelangen.

Wie unbefriedigend die bisherigen chemischen Resultate sind, soll die folgende kurze Literaturübersicht zeigen.

Kurze Übersicht der wichtigsten chemischen Angaben über Hornsubstanz.

Nach HOPPE-SEYLER[5] erhält man „aus Haaren, Nägeln, Horn, Federn, Epidermis und Epithelien, durch Auskochen mit Äther, Alkohol, Wasser und verdünnten Säuren gereinigt, Körper als Rückstände, welche die Form

[5] Handbuch der physiologisch- und pathologisch-chemischen Analyse. Berlin 1875. S. 269.

der Gewebe bedingen und die man, obwohl ihre Analysen nicht völlige Übereinstimmung in der Zusammensetzung ergeben haben, unter diesem gemeinsamen Namen Keratin zusammenfaſst. Es ist sehr wahrscheinlich, daſs diese Gewebsteile auch nach der angegebenen Reinigung noch aus einem Gemenge mehrerer Stoffe bestehen, deren Trennung noch nicht gelungen ist."

Diese Annahme von Hoppe-Seyler ist sicher begründet, denn da er als Eiweiſs lösendes Mittel nur verdünnte Säuren, nicht Pepsin-Salzsäure benutzt, ferner die Nukleïnsäure nicht durch Alkalien entfernt und nicht durch Anschnitt aller Zellen für eine sichere Auflösung aller Zellinhalte sorgt, so können unmöglich die Analysen der verschiedenen Hornstoffe übereinstimmen, selbst wenn das in allen enthaltene Keratin ein einheitlicher, immer gleich zusammengesetzter Körper wäre.

Fast mit denselben Worten sagt Beilstein:[6] „Nach dem Behandeln dieser Stoffe mit Äther, Alkohol, Wasser und verdünnten Säuren hinterbleibt das gereinigte Keratin."

Drechsel[7] bemerkt: „Die Zusammensetzung des Keratins verschiedenen Ursprungs schwankt zwischen ziemlich weiten Grenzen, so daſs man mit Sicherheit auf die Existenz verschiedener Keratine schlieſsen kann. Da aber alle diese Präparate groſse Übereinstimmung im chemischen Verhalten zeigen und unterscheidende Reaktionen noch nicht bekannt sind, empfiehlt es sich dennoch einstweilen, alle unter dem Namen Keratin zusammenzufassen."

Drechsel glaubt also an die Existenz verschiedener Keratine, hält aber die Zeit für noch nicht gekommen, den gemeinschaftlichen Namen Keratin für dieselben aufzugeben. Es ist ja in der Tat nicht unmöglich, daſs in verschiedenen Hornsubstanzen wirklich verschiedene Keratine vorkommen; aber die Drechsel vorliegenden Tatsachen nötigten durchaus noch nicht zu einer solchen Annahme, da die Schwankungen der Analyse sich auch durch die damals mangelhafte Reinigungsmethode der Horngebilde erklären lassen.

Hammarsten[8] gibt keine genauen Angaben, wie er das Keratin reinigt, und sagt über letzteres das Folgende: „Wie es scheint, gibt es mehrere Keratine, welche eine Gruppe von Stoffen bilden. Dieser Umstand, wie auch die Schwierigkeit, das Keratin aus dem Gewebe in reinem Zustande ohne teilweise Zersetzung zu isolieren, dürfte eine genügende Erklärung für die Schwankungen der gefundenen elementaren Zusammensetzung abgeben." Auch dieser Behauptung gegenüber muſs gesagt werden,

---

[6] Handbuch der organischen Chemie. II. Aufl. 1890. III. Aufl. 1896. L. Voss.

[7] Drechsel, Ladenburgs Handwörterbuch der Chemie. 1885. Abt. II. Band III. S. 570.

[8] Hammarsten, Lehrbuch der physiologischen Chemie. IV. Aufl. Bergmann. 1899. S. 50.

dafs man mehr darauf bedacht sein müfste, die Horngebilde vor dem Analysieren sorgfältig zu reinigen und alle fremden Bestandteile zu entfernen, ehe man zur Annahme verschiedener Keratine schreitet. — Dafs die Analytiker des Keratins es unterlassen haben, die Horngebilde mit Alkalien vorzubehandeln, um die zu Alkalien Affinität besitzenden Bestandteile, z. B. Nukleïn, wegzuschaffen, mag vielleicht daran liegen, dafs sie geglaubt haben, das Alkali könne das Keratin angreifen. In der Tat stimmen alle Angaben in der Literatur darin überein, dafs Horngebilde, namentlich in fixen Alkalien, löslich sind. Man sollte aber in Betracht ziehen, dafs die Auflösung der Horngebilde nicht leicht und nur dann geschieht, wenn man mindestens 1%ige Kali- oder Natronlauge anwendet und, vor allen Dingen, lange kocht. Das Gebilde mufs erst eine Quellung und eine mechanische Lockerung erleiden, um dann, zersetzt oder unzersetzt, in Lösung zu gehen. Behandelt man aber Hornsubstanz mit ganz schwacher Alkalilauge (etwa 0,1%iger) in der Kälte und nicht zu lange, so hat man nicht zu befürchten, dafs das Keratin angegriffen wird. Alles andere aber, was eine Affinität zum Alkali besitzt, wie z. B. Nukleïn, geht dabei in Lösung. Unsere Versuche haben sogar gezeigt, dafs schwache Kalilauge (1‰ige) nicht nur die Hornsubstanz intakt läfst, sondern dafs sogar die Kernreste bei dieser Behandlung, welche die Kerne in unverhornter Oberhaut bekanntlich stark angreift, nicht aufgelöst werden.

Das Lehrbuch von NEUMEISTER[9] gibt keine genaueren Angaben über die Reindarstellung des Keratins und erörtert auch nicht die Frage, ob es verschiedene Keratine gibt. Dagegen reproduziert es die inzwischen widerlegte[10] Ansicht von KÜHNE von der „allmählich fortschreitenden Verhornung der Epidermiszellen". Dieser Umstand mufs hervorgehoben werden, da NEUMEISTER auf diese „verschieden weit vorgeschrittene Verhornung der Epidermiszellen" auch die „erheblich differierende Widerstandsfähigkeit" verschiedener Horngebilde gegen Eiweifs lösende Fermente zurückführt.

Nach unserer Ansicht ist es bisher nicht bewiesen, dafs die verschiedene Resistenz verschiedenartiger Hornsubstanzen sich auf einen verschieden hohen Grad von Verhornung zurückführen läfst.

Diese historischen Notizen zeigen, dafs in den Kreisen der physiologischen Chemiker besonders zwei Hypothesen existieren, welche den unbefriedigenden Tatbestand erklären sollen, dafs die chemischen Analysen der Hornsubstanzen so stark differieren. Die Hypothese von DRECHSEL-

---

[9] R. NEUMEISTER, Lehrbuch der physiologischen Chemie. II. Aufl. Fischer, Jena 1897. S. 492.

[10] S. UNNA, Anatomie der Haut. v. ZIEMSSENS Handbuch der spez. Pathologie und Therapie. Bd. XIV. S. 32—33.

Hammarsten nimmt das Vorhandensein von vornherein verschiedenartiger Keratine an; die Hypothese von Neumeister stützt sich auf eine verschieden weit vorgeschrittene Verhornung. Diesen Hypothesen gegenüber konstatieren wir, daſs alle bisherigen Analysen an einem Material vorgenommen sind, welches nachweislich gar nicht einheitlicher Natur war, sondern neben dem Keratin fremde Beimischungen, wie Nukleïnreste, Keratohyalin, Trichohyalin enthielt. (S. unten.)

Die gröſsten Differenzen bieten die Keratinanalysen verschiedener Hornsubstanzen in bezug auf ihren Schwefelgehalt, wie die folgenden aus der Zusammenstellung von Beilstein und der Arbeit von Mohr[11] entnommenen Tabellen beweisen.

Aus diesen Tabellen ist ersichtlich, daſs van Laer den Schwefelgehalt des Haares nur zwischen 4,63—5,44 % schwankend fand, während v. Bibra beim Menschen Differenzen von 3,83 % (Knabe von zehn Jahren) bis 8,23 % (rote Haare eines Mannes von 30 Jahren) konstatierte. In der Schafwolle fand v. Bibra 0,8—0,9 %, in Schweineborsten und Roſshaaren 3—4 %, in Rehhaaren aber nur 1,2—2,1 % usf.

Wollen wir in der Chemie des Keratins weiterkommen, so ist eine vorhergehende anatomische Aufklärung über die Struktur der zur Untersuchung gelangenden Gebilde unerläſslich. Wir müssen wissen, **was** an demselben Keratin ist, mit welchen **anderen Substanzen** dieses gemischt vorkommt und ob es gelingt, dasselbe durch mechanische und chemische Einwirkungen **von den anderen Substanzen rein** und isoliert zu

Elementaranalyse der Hornsubstanzen.

	C	H	N	S	Autor
Fuſssohle des Menschen ..	50,3	6,8	17,2	—	Scherer
Menschenhaare	50,2	6,7	17,9	—	"
Büffelhorn	50,9	6,7	17,3	—	"
Nägel	51,0	6,94	17,51	2,8	Mulder
Federn	51,9	7,2	17,8	—	Scherer
Ochsenhorn	50,7	6,7	16,2	—	Hinterberger
Schildpatt	54,9	6,6	16,8	2,2	Mulder
Fischbein	51,9	6,9	15,7	3,6	Kerckhoff
Wolle	50,6	7,0	17,7	—	Scherer
Eierschalenhaut..........	49,78	6,64	16,43	4,25	Lindwall
Horn (Mittelzahl)	50,86	6,94	—	3,2	Horbaczewski
$C_{230}H_{381}N_{70}O_{77}S_{6}$	50,0	7,0	17,7	3,1	
Albumin aus Eiweiſs	52,25	6,9	15,25	1,93	Hammarsten

[11] Mohr, Über den Schwefelgehalt verschiedener Keratinsubstanzen. *Zeitschr. f. physiol. Chemie.* Bd. 20. 1895. S. 403.

Schwefelgehalt der Hornsubstanzen.

Stoff	S	Autor	Stoff	S	Autor
Menschenhaare.......	4,63—5,44	van Laer	Haare des Schweines.	3,42	
Haare eines Knaben von			„ „ Pferdes ...	3,68	
10 Jahren	3,83		„ „ Hundes ...	4,4	v. Bibra
Haare eines Mannes von			„ „ Fuchses ...	3,75	
30 Jahren	8,23		„ „ Bären	3,9	
Horn des Ochsen.....	3,04		Schafwolle	0,87	
„ der Antilope ...	1,24		Frauenhaare (dunkel-		
„ des Schafes.....	1,74		blond)	4,95	
„ der Gemse	3,26		Mädchenhaare (9 J.) .	5,34	
Klauen des Hasen....	2,91		Knabenhaare (4 J.) ..	4,98	
„ „ Rehes....	3,02		„ rot (6 J.)	5,32	
„ der Gemse ...	1,46		Kaninchenhaare	4,01	
„ des Schafes ..	1,2	v. Bibra	Kälberhaare.........	4,35	
„ „ Ochsen ..	1,44		Pferdehaare (Schweif)	3,56	
„ „ Kalbes ...	1,61		Schweinehaare.......	3,59	Mohr
„ „ Hundes ..	2,7		Schafwolle	3,68	
„ „ Fuchses ..	2,77		Gänsefedern	3,16	
„ „ Bären ...	1,37		Federfahne..........	3,16	
Nagel des Menschen..	2,73		Federkiel	2,59	
Fischbein............	3,49		Schweinehuf	2,69	
Haare des Kamels....	3,10		Kalbshuf............	3,57	
„ der Gemse	5,04		Rindshuf, weiſs......	3,49	
„ des Rehes	2,13		„ schwarz ...	3,45	

erhalten. Alle diese Fragen lassen sich nur auf mikroskopischem Wege lösen. Wir wenden uns deswegen zur mikroskopischen Betrachtung der von uns untersuchten Horngebilde.

Mikroskopisch-chemische Analyse der untersuchten Hornsubstanzen.

A. Menschliche Hornsubstanzen.

1. Oberhaut.

Unser gröſstes Interesse beansprucht natürlich die Hornsubstanz des Menschen, bei welcher wir die Hornzellen des Deckepithels, des Nagels und des Haares zu unterscheiden haben. Von diesen ist bisher in bezug auf Struktur und chemisches Verhalten nur die Hornzelle des Deckepithels genauer bekannt. Wir wissen bereits seit 1882,[12] daſs die verhornte Oberhautzelle nicht durch und durch aus Keratin besteht, sondern nur eine Hornhülle darstellt von gurken- oder melonenkernähnlicher, längsovaler, platter Gestalt, welche in ihrem Innern die nach dem Verhornungs-

[12] Unna, Entwicklungsgeschichte und Anatomie der Haut. v. Ziemssens Handbuch. Bd. XIV. 1. S. 32.

prozesse übriggebliebenen Reste des Protoplasmas und Kernes enthält. Diese letzteren bestehen aus noch unbekannten Fettkörpern, spärlichen, spinnwebartigen Resten von Spongioplasma und ebenso spärlichen Resten von Kernsubstanz. Alle diese Reste, die bei der Nekrobiose des Zellinhaltes der verhornenden Oberhautzelle übriggeblieben sind, werden bei zweckmäfsiger Behandlung mit Verdauungsflüssigkeit vollständig entfernt, so dafs nur die leeren Hornhülsen zurückbleiben.[13] Da wir nur angeschnittene Hornzellen sachgemäfs verdauen können (s. oben), so müssen wir feine Schnitte der ganzen Hornschicht der Verdauung aussetzen, an der jede Zelle wenigstens einmal angeschnitten ist. Daher erscheinen die richtig verdauten Hornhülsen an diesen Schnitten im Zusammenhang als ein aus Keratin bestehendes, feinfädiges, grofsmaschiges Netz. Von dieser Regel gibt es an normaler menschlicher Oberhaut keine Ausnahmen. Auch die dicksten Schwielen der Fufssohle zeigen dasselbe feine Keratinnetz wie gewöhnliche Hornschicht anderer Hautstellen und — was besonders bemerkenswert ist — die Dicke der Fäden dieses Netzes, mit anderen Worten die Dicke der Hornmembranen bleibt sich durch die gesamte Ausdehnung der Schwiele gleich; sie ist an der Oberfläche der Hornschicht ebenso zart wie an den untersten Hornzellen. Es findet also nicht (wie Kühne bei seinen Verdauungsversuchen der menschlichen Hornschicht gefunden zu haben glaubt) eine allmähliche Verstärkung der Hornhülsendicke nach aufsen hin statt. Diese Tatsachen lassen sich unschwer verstehen, ja sind eigentlich selbstverständlich, wenn man bedenkt, dafs schon bei der Bildung der untersten Hornzelle eine vollkommene Nekrobiose des gesamten Hornzelleninhaltes stattfindet und dasjenige, was an der Oberhautzelle verhornen kann, nämlich die äufserste Peripherie, bereits verhornt ist.

Dieser einfachen und klaren Struktur der verhornten Oberhautzelle gegenüber, die auch seit 1882 niemals bestritten worden ist, verhalten sich nun die Elemente des menschlichen Nagels und der menschlichen Haare viel komplizierter. Auch dieses ist verständlich, da bei diesen Gebilden die Verhornung eine ganz abweichende und unter sich ungleichartige ist und durchaus nicht überall, sondern nur ausnahmsweise (Haarmark, Wurzelscheide) mit der Abscheidung von Hyalin (Trichohyalin) einhergeht, welche die Nekrobiose des Zellinhaltes einleitet.

---

[13] Die Darstellung des Keratins der menschlichen Oberhaut an Schnitten geschieht am besten folgendermafsen: Die Hornschicht, in flachen Schnitten der Fufssohle oder den Schwielen entnommen, wird in Celloidin eingebettet und in senkrechte, feine Schnitte zerlegt. Diese werden durch Alkohol-Äther von Celloidin befreit und kommen aus Wasser in die Verdauungsflüssigkeit, eine $^1/_2$% Pepsinum siccum und 1% Salzsäure enthaltende Lösung. Hier bleiben die Schnitte bei 40° im Brutofen 24 Stunden, werden in Wasser ausgewaschen, auf dem Objektträger ausgebreitet, angetrocknet und mit Gentianaviolett gefärbt.

2. Nagel.

An einem senkrechten, gut gefärbten Schnitt durch die Nagelplatte, quer zu ihrer Längsrichtung, erscheint ein Bild, welches dem Querschnitt durch eine Hornschwiele sehr ähnlich ist. Wir sehen an gefärbten Präparaten zunächst ein dunkelgefärbtes Hornnetz, welches aus den miteinander verschmolzenen Hornmembranen der Nagelzellen besteht. Der Inhalt dieser Nagelzellen ist heller gefärbt[14] oder nahezu ungefärbt, vollkommen solide und enthält im Zentrum regelmäſsig einen deutlichen Kern. Setzt man derartige feine Nagelschnitte der gleichen Verdauung aus, wie sie eben für die Schnitte der Hornschicht beschrieben wurde, so ist das Resultat ein durchaus anderes, negatives. Der Inhalt der Nagelzelle, obwohl die letztere ein- oder zweimal angeschnitten wurde, verhält sich der Pepsinsalzsäure gegenüber refraktär. Selbst nach dreitägiger Verdauung im Brutofen ist auch dieser Teil der Nagelzelle, also diese überhaupt, ganz unverdaut. Auch die Kernreste zeigen sich in gleicher Deutlichkeit wie vorher.

Wie ist diese Tatsache, diese Differenz der Nagelzelle von der Oberhautzelle zu verstehen? Wir wissen, daſs bei der Entstehung der Nagelzelle nicht eine Abscheidung von Keratohyalin und Eleidin stattfindet wie bei Entstehung der Oberhautzelle. Der Inhalt der Nagelzelle repräsentiert mithin noch ziemlich gut den Inhalt der Mutterzelle des Nagels vor der Verhornung, ist aber während der letzteren in einen für Pepsin-Salzsäure unangreifbaren Zustand übergegangen. Wir können ihn wohl ohne groſsen Fehler als einen einfach eingetrockneten und verhärteten Zellinhalt betrachten. Würde man ihn nur deshalb, weil er sich gegen Pepsinsalzsäure refraktär verhält, schon als Keratin, mithin die Nagelzelle als in toto verhornt hinstellen, so kämen wir logischerweise dazu, auch den miteingeschlossenen, unverdaulichen Kernrest aus demselben Grunde als Keratin anzusprechen, was unserer bisherigen Auffassung durchaus widersprechen würde. Denn soviel wir bisher wissen, finden sich in sehr vielen Hornsubstanzen keine Kerne, die also für gewöhnlich mit der Verhornung nichts zu tun haben und meistens vor derselben aus den Oberhautzellen bereits verschwunden sind.

Da es sich also offenbar bei dem Inhalt der Nagelzelle um ganz neue Verhältnisse handelt, über die wir noch keine genügenden Erfahrungen besitzen, so erschien es zunächst notwendig, die Eigenschaften und besonders die Löslichkeitsverhältnisse dieser Substanz möglichst vielen Agentien gegenüber zu prüfen.

---

[14] Die Darstellung dieser Nagelschnitte geschieht am besten folgendermaſsen: Nagelschnitzel vom Erwachsenen werden in Celloidin eingebettet und in senkrechte Schnitte zerlegt. Diese werden von Celloidin befreit und in Schälchen mit Gentianaviolett oder nach van Gieson gefärbt und durch Alkohol in Öl und Balsam gebracht.

Wir untersuchten die Wirkung folgender wässeriger Lösungen:

Kalilauge (1% und 10%), Kaliumkarbonat und Ammoniumkarbonat (je 1% und 5%), Kochsalz (1%, 20%, 40%, 60%) Eisenchlorid (Liq. ferri sesquichlorati), Sublimat (1%), Aluminiumsulfat (5%), Ammoniumpersulfat (5%), Essigsäure (1% und 20%), Schwefelsäure (25%), Salzsäure (50%), Salpetersäure (20%), Chromsäure (5%, 10% und 50%), chromsaures Kali + H_2SO_4, chlorsaures Kali + HCl, Chromsäure + Essigsäure, Chlorwasser, Sol. H_2O_2 (3% und 33%), KHO (60%) + H_2O_2 (33%), Na_2O_2 + Essigsäure, Na_2O_2, Pyrogallol + Kalikarbonat, Pyrogallol (30%), Resorcini (1%), Ac. carbol. liquef., Carbolsäure (3%), Salicylsäure (0,3%).

Die meisten dieser Substanzen waren in bezug auf den Inhalt der Nagelzellen ohne jeden ersichtlichen Einfluſs. Besonders gilt dieses von den Neutralsalzen und Phenolen. Eine Lösung des Inhalts der Nagelzellen kam überhaupt nur ausnahmsweise zustande, und zwar nur durch

Kalilauge (40% bis 60%),
Kalilauge (60%) + Sol. H_2O_2 (30%),
Natronsuperoxyd,
Chromsäure (5% bis 50%).

Nur nach mehrstündiger Behandlung der Schnitte mit diesen sehr eingreifenden Agentien (in der Kälte) und zweckmäſsiger Färbung[15] entsteht ein Bild, sehr ähnlich dem mit Pepsinsalzsäure verdauter Hornzellen der Oberhaut. Der Schnitt wandelt sich um in ein regelmäſsiges Netz, dessen Fäden aus den vereinigten Zellmembranen bestehen und dessen Maschen den mehr oder weniger vollständig aufgelösten Zellleibern entsprechen.

Die Auflösung durch Natronsuperoxyd, welches mit Wasser momentan in Natronlauge und freien Sauerstoff zerfällt und ebenso die Auflösung durch ein Gemisch von starker Kalilauge mit Merckscher Wasserstoffsuperoxydlösung ist wohl sicher auf die Wirkung der starken Alkalien allein zurückzuführen, für die die Auflösung in 60%iger Kalilauge den Typus bildet. Daſs die nebenhergehende Einwirkung nascierenden Sauerstoffs resp. Wasserstoffsuperoxyds bei der Auflösung nicht in Betracht kommt, zeigten die wiederholt von uns angestellten Versuche mit verschiedenen Konzentrationen des Wasserstoffsuperoxyds mit oder ohne Zusatz von Sauerstoffentwicklung fördernden Substanzen.

Wir haben in obiger Gruppe also schlieſslich nur die Kaliauflösung zu unterscheiden von der Auflösung durch Chromsäure. Die Hauptdifferenz

---

[15] Am besten mit einer 1%igen wässerigen Lösung von Gentianaviolett oder Methylenblau ein bis zwei Minuten lang.

dieser Reagentien liegt darin, daſs die Chromsäure den Inhalt der Nagelzellen schon bei einer Konzentration von 5% und 10% rein auflöst (zwei resp. vier Stunden), während die Kalilauge diesen Effekt erst bei einer viel höheren Konzentration (bis 60%) besitzt. Wendet man die Kalilauge in einer Stärke von 5% bis 20% an, so dauert die Auflösung des Zellinhaltes unverhältnismäſsig lange (zehn bis zwölf Stunden) und ist dann noch unvollkommen, während gleichzeitig schon die Zellmembran durch Quellung und schlechtere Tingibilität den Beginn einer Auflösung anzeigt. Will man daher die Kalilauge zur Differenzierung von Zellinhalt und Zellmembran benutzen, so muſs man zu den höchsten Konzentrationen greifen, welche die Zellhülle relativ wenig schädigen, und darf keine Abspülung mit Wasser folgen lassen, da schwache Kalilaugen stark lösend auch auf die Hülle wirken.

Die Abhängigkeit der Auflösung von der Konzentration bei der Kalilauge bedingt einen entschiedenen Vorzug der Chromsäure.

Bei dem starken Widerstande, den der Inhalt der Nagelzellen unseren stärksten Lösungsmitteln entgegensetzt, und der Tatsache, daſs doch eine Lösung durch Chromsäure bewirkt wird, erschien es geboten, die Reihe der Versuche durch Heranziehung unserer allerstärksten Säuren zu vervollständigen. Wir versuchten daher weiter:

Eisessig,
konzentrierte Salzsäure,
konzentrierte Salpetersäure,
konzentrierte Schwefelsäure,
rauchende Salpetersäure.

Die ersten vier von diesen hatten nun bemerkenswerterweise gar keinen lösenden Einfluſs. Bei mehrstündiger Behandlung in der Kälte war überhaupt keine Wirkung zu merken; erst nach tagelanger Behandlung in der Kälte wurden die Schnitte unter Zerstörung der Struktur erweicht und zum Zerfall gebracht.

Ganz anders verhielt sich dagegen die rauchende Salpetersäure. Hier sieht man beim Eintauchen eines kleinen Nagelstückchens sofort eine starke Quellung eintreten, so daſs dasselbe sich auf das Doppelte vergröſsert. Zugleich erscheinen Gasbläschen und nach etwa vier Stunden hat sich das Nagelstückchen in eine weiſse, mit Gasblasen besetzte, schwammige, leichte Masse verwandelt, die von den Gasblasen auf die Oberfläche der Flüssigkeit gehoben wird. Taucht man feine Schnitte in rauchende Salpetersäure, so ist die Gasentwicklung natürlich gering, aber doch mit bloſsem Auge wahrnehmbar. Der Schnitt dehnt sich sehr stark aus, wird durchsichtig und gleicht einem leichten Spinngewebe. Es ist sehr schwierig, den Schnitt in diesem Zustande auf dem Objektträger auszubreiten, da er sehr klebrig geworden ist und an jedem festen Gegen-

stande haften bleibt. Es empfiehlt sich daher, die rauchende Salpetersäure mit dem Schnitt aus dem Schälchen in ein grofses Gefäfs mit Wasser zu giefsen, den Objektträger in das Gefäfs zu tauchen und mittels geeigneter Bewegungen den Schnitt auf die Mitte des Objektträgers aufzufangen. Der angetrocknete Schnitt haftet sehr fest; er wird mit Gentianaviolett oder polychromer Methylenblaulösung gefärbt.

Die so behandelten Nagelschnitte zeigen ein Bild, welches vollkommen den Schnitten gewöhnlicher Hornschicht nach der Verdauung mit Pepsinsalzsäure gleicht. Wir sehen auch hier ein feines, scharf konturiertes Netz, aus den wohlerhaltenen Hüllen der Nagelzellen bestehend, dessen Maschen den vollständig aufgelösten Leibern der Nagelzellen entsprechen. Auch die Kerne der Nagelzellen sind verschwunden. Die reinliche Scheidung zwischen wohlerhaltener Hülle und aufgelöstem Zellinhalt ist hier noch vollkommener erreicht als bei der Einwirkung von Kalilauge und Chromsäure.

Da wir in der Histologie die künstliche „Verdauung" mittels Pepsin, Trypsin, Papayotin, Bromelin nur zu einer partiellen Auflösung bestimmter Gewebsbestandteile bei Erhaltung anderer gebrauchen und hier ein vollkommenes Analogon zu der künstlichen Verdauung gewöhnlicher Hornzellen vor uns haben, so möchten wir in naheliegender Erweiterung des bisherigen histologischen Verdauungsbegriffes auch von einer „Verdauung" der Nagelzellen durch rauchende Salpetersäure sprechen und uns dieses Ausdrucks der Kürze halber in Zukunft bedienen.

Was ist nun das Wesen dieses Vorganges in chemischer Beziehung? Da die rauchende Salpetersäure ebenso wie die Chromsäure zu unseren stärksten Oxydationsmitteln gehört, so wird entschieden bei der Verdauung des Nagelzellinhaltes die Oxydation eine Rolle spielen. Da gewöhnliche, konzentrierte Salpetersäure ebensowenig wie konzentrierte Schwefelsäure, Salzsäure und Essigsäure eine solche „Verdauung", sondern höchstens nach längerer Einwirkung (besonders konzentrierter Schwefelsäure) eine vollkommene Zerstörung bewirken, so liegt weder bei der rauchenden Salpetersäure noch bei der Chromsäure eine einfache Säurewirkung vor. Andererseits wirkt nicht jedes starke Oxydationsmittel in diesem Sinne verdauend, denn Wasserstoffsuperoxyd ist in allen Konzentrationen unwirksam. Es könnte hiernach vielleicht scheinen, als ob die Verdauung zustande käme durch die gleichzeitige Einwirkung einer starken Säure und eines starken Oxydationsmittels. Um diese Anschauung zu prüfen, setzten wir die Nagelschnitte dem Einflusse folgender Mischungen aus:

Konzentrierte Salpetersäure + konzentrierte Wasserstoffsuperoxydlösung,
konzentrierte Salpetersäure + Chlorwasser,
mit Chlor gesättigte konzentrierte Salzsäure.

Das Resultat war in allen drei Fällen auch bei längerer Einwirkung (bis sechs Stunden) ein durchaus negatives.

Wir modifizierten diese Versuche noch in der Weise, dafs wir die Schnitte erst eine Nacht in konzentrierter Wasserstoffsuperoxydlösung resp. Chlorwasser liefsen und dann mit konzentrierter Salpetersäure resp. Salzsäure behandelten. Auch in dieser Form brachte das Zusammenwirken von starker Säure und Oxydationsmittel keine Verdauung hervor.

Es bleibt hiernach offenbar nur die Anschauung übrig, dafs es einer überaus starken Oxydationswirkung bedarf, wie sie eben nur Chromsäure und rauchende Salpetersäure ausüben, um den Inhalt der Nagelzellen verdaulich zu machen. Diese Oxydation geht offenbar bei der Chromsäure nicht so weit wie bei der rauchenden Salpetersäure, denn nur bei Einwirkung der letzteren entwickeln sich Gase als Endprodukt. Jedenfalls geht bei beiden Prozessen auch ein oxydierter Körper in Lösung, der durch Wasser fällbar ist; bei der Einwirkung von rauchender Salpetersäure bildet sich als solcher Xanthoproteinsäure (Braunfärbung der Lösung und Schnitte bei Überschufs von Alkali). Man stellt diese Versuche am einfachsten so an, dafs man auf dem Objektträger in einem Tropfen der starken Säuren einige Nagelschnitte eine Viertelstunde lang verweilen läfst, diese dann wieder entfernt und einige Tropfen Wasser zu der Säure hinzufliefsen läfst, worauf eine entstehende Trübung die Fällung anzeigt.

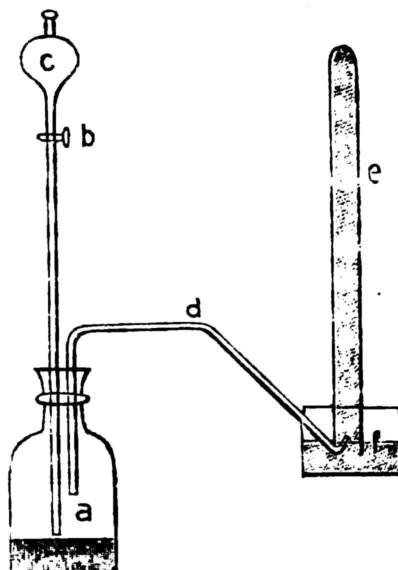
Es war natürlich von Interesse, zu untersuchen, um welche Gase es sich bei Einwirkung der rauchenden Salpetersäure handelt. In Frage kommen als gasförmige Produkte die Oxyde des Kohlenstoffs und des Schwefels, da natürlich beim Operieren mit rauchender Salpetersäure auf eventuelle Oxydationsprodukte des Stickstoffs aus der Hornsubstanz, ebensowenig wie auf das des Wasserstoffs (das Wasser würde im Reaktionsgemisch verbleiben) nicht Bedacht genommen werden konnte.

Zur vorläufigen Orientierung bedienten wir uns für die Ausführung des Versuches des hier abgebildeten einfachen Apparates, dessen Konstruktion aus der Zeichnung ersichtlich ist. (Siehe Fig. S. 413.)

Im Gefäfse *a* befinden sich die Nagelschnitzel. Durch Öffnung des Hahnes *b* läfst man soviel rauchende Salpetersäure aus dem Scheidetrichter *c* hinzufliefsen, dafs die Nagelschnitzel eben bedeckt sind. Nach einigen Minuten beginnt eine Entwicklung von Gas, welches durch die Röhre *d* in das Gefäfs *e* aufsteigt. In dem Gefäfse *e* befinden sich zwei Flüssigkeiten, unten Quecksilber, welches mit dem Quecksilber in der Schale *f* kommuniziert, darüber eine auf die Gase reagierende Flüssigkeit, bei dem CO_2-Versuche: Barytwasser, bei dem SO_2-Versuche: schwache Permanganatlösung. Da die Gase stets mit Luft (aus den Nägeln und aus *a*) verunreinigt sind, so steigen — und sogar zuerst — Luftblasen in dem Eudio-

meter auf, manchmal so viel, dafs alle Flüssigkeit aus ihm verdrängt wird; man tut daher gut, eine recht lange Glasröhre *e* zu wählen. Dafs aufser der Luft Kohlensäure aufsteigt, ergibt sich aus der sofortigen Trübung des Barytwassers. Wurde an Stelle von Barytwasser eine Lösung von Kaliumpermanganat oberhalb des Quecksilbers in die Röhre *e* eingeführt, so fand beim Durchleiten der Gase eine vollständige Entfärbung derselben statt. Diese Tatsache spricht für die Anwesenheit von SO_2 in dem sich bildenden Gasgemisch, obzwar das nicht mit Sicherheit behauptet werden kann, da hier die Möglichkeit vorliegt, dafs beim Oxydationsvorgang Stickoxyd entsteht, welches ebenfalls $KMnO_4$ reduzieren kann. Wir behalten uns für spätere Zeit vor, eine genauere Analyse der Gase vorzunehmen.

Neben dem möglicherweise sich bildenden Schwefeldioxyd oxydiert sich der Schwefel der Hornsubstanz auch zu SO_3, bezw. H_2SO_4. Wir



konnten dies feststellen, indem wir den Inhalt des Gefäfses *a*, mit Wasser verdünnt, vom festen Anteil abfiltrierten, das Filtrat einengten und darauf mit Chlorbaryumlösung versetzten. Es entstand ein reichlicher Niederschlag von $BaSO_4$.

Das Resultat dieser Untersuchung der bei der Oxydation entstehenden Gase stimmt nach vielen Versuchen vollständig überein mit der a priori wahrscheinlichen Annahme, dafs es sich dabei um CO_2 und möglicherweise um SO_2 handelt. Selbstverständlich ist mit dem blofsen Nachweise dieser Gase als Endprodukt der Oxydation der Zellinhalt der Nägel gegenüber der Zellhülle derselben noch nicht genügend charakterisiert. Denn bei fortgesetzter Behandlung mit rauchender Salpetersäure geben schliefslich alle Hornsubstanzen u. a. auch diese Gase. Charakteristisch wird die Reaktion erst durch die näheren Zeitumstände. Die Verdauung des Zell-

inhaltes mit Produktion der genannten Gase beginnt schon nach wenigen Minuten, während die bei dieser Verdauung zunächst übrig bleibende Hornsubstanz nach unserer Erfahrung erst nach 12 bis 15 Stunden angegriffen wird.

Die mikrochemische Untersuchung der Nagelzellen hat also ergeben, daſs auch hier zwischen der Zellhülle und dem Zellinhalt ein ganz analoger Unterschied besteht, wie zwischen Zellhülle und Zellinhalt der verhornten Oberhautzellen. Wie dort beide Teile durch Behandlung mit Pepsinsalzsäure, so trennen sie sich hier durch Behandlung mit rauchender Salpetersäure (oder Chromsäure), in beiden Fällen kann der Zellinhalt nicht der Substanz gleichen, aus der die Zellhülle besteht. Da nun bisher das beste Kriterium der Hornsubstanzen gegenüber unverhornten Eiweiſssubstanzen darin bestand, daſs jene in Pepsinsalzsäure unverdaulich sind, so müssen wir logischerweise auch den Inhalt der Nagelzellen für verhornt erklären und kommen somit zur Annahme von zwei verschiedenen Hornsubstanzen A und B. Die Hornsubstanz A (Hülle der Nagelzellen) ist sowohl unverdaulich in Pepsinsalzsäure wie in rauchender Salpetersäure (resp. Chromsäure); die Hornsubstanz B (Inhalt der Nagelzellen) ist unverdaulich in Pepsinsalzsäure, aber verdaulich in rauchender Salpetersäure (resp. Chromsäure).

3. Haar.

Wir kommen nun zum mikrochemischen Verhalten des menschlichen Haares. Dasselbe besteht bekanntlich aus drei verschiedenen, zelligen Bestandteilen, welche man als Mark, Rinde und Oberhäutchen bezeichnet. Diese sind, wenn wir zunächst von dem in der Haut steckenden Wurzelteile absehen und nur das abgeschnittene Haar betrachten, ziemlich einfacher und gleichmäſsiger Art. Den Hauptteil bildet bei allen Menschenhaaren die Rindensubstanz, die bekanntlich aus spindelförmigen, kernresthaltigen, durch die von Waldeyer gefundenen Haarfasern zusammenhängenden, verhornten Zellen besteht. Nach auſsen ist die Rindensubstanz durch eine einfache Lage von platten Oberhäutchenzellen eingeschlossen, die sich dachziegelförmig decken und deren freiliegende Ränder besonders an gefärbten Präparaten durch ihre wellenförmigen Konturen auffallen. Nach innen grenzt die Rindensubstanz an das Mark, wenn dieses, wie meistens, vorhanden ist. Beim Menschen bildet die zentrale Marksäule im Vergleich mit dem Haare mancher Tiere (Kaninchen, Maus, Ratte) einen nur unerheblichen Teil des abgeschnittenen Haares, während es bekanntlich stets einen wesentlichen Teil der in der Haut steckenden Haarwurzel bildet, solange das Papillenhaar wächst. Denn in der Haarwurzel werden die Markzellen von dem sich stark färbenden Hyalin ausgefüllt, welches von Waldeyer gefunden und von Vörner als Trichohyalin bezeichnet worden ist. Sehr rasch wandelt sich beim Menschen

die hyalinhaltige Markzelle aber in eine lufthaltige um, welche nur noch schwache Reste von Hyalin enthält. Daher haben wir es am abgeschnittene Haare bei den Markzellen mit aufgeblähten, abgerundeten, ovalen, luftführenden Zellen zu tun, die zum Unterschiede von den Rindenzellen und Oberhäutchenzellen zur Haarachse quer gelagert sind.

Da wir also am abgeschnittenen Haare die junge, hyalinhaltige Markzelle als eine Zelle von besonderem chemischen Charakter vernachlässigen können, so finden wir in demselben nur drei unter sich ganz verschieden geformte Bestandteile, die rundlichen, aufgeblähten Markzellen in relativ geringer Menge, die spindelförmigen Rindenzellen, welche die Hauptmasse ausmachen und die plattenförmigen Oberhäutchenzellen. Um diese verschiedenen Elemente derartig mechanisch bloſszulegen, daſs die Verdauungsflüssigkeiten sicher an und in dieselben gelangen konnten, erwies sich als einzig zum Ziele führender Weg das Schneiden der Haare mit dem Mikrotom. Die Haare wurden in kleine Stücke geschnitten, zusammen in Celloidin eingebettet und dann derartig in Schnitte zerlegt, daſs die Schnittrichtung mit der Achse der Haare einen kleinen Winkel (etwa 20°) bildete. Hierdurch wurde der Vorteil erreicht, daſs auf den entstehenden Schrägschnitten regelmäſsig das Mark in gröſserer Länge frei gelegt war, während andererseits der Fehler vermieden wurde, der bei Schnitten genau parallel zur Achse (Längschnitten) nicht zu umgehen ist, daſs viele Schnitte nur Rinde und Oberhäutchen, aber gar kein Mark enthalten. Diese Schrägschnitte von Menschenhaaren verschiedener Herkunft wurden, falls sie pigmentiert waren, durch starkes Wasserstoffsuperoxyd depigmentiert und sonst ohne weiteres gefärbt, um die Struktur genau zu erkennen und zugleich Kontrollpräparate für die zu verdauenden Haare zu erlangen. Diese mit polychromer Methylenblaulösung oder Gentianaviolett kurz gefärbten Kontrollpräparate zeigten in der hellgefärbten Rinde regelmäſsig mehr oder weniger dunkler gefärbte, stäbchenförmige Kernreste. Das ebenfalls hellgefärbte Oberhäutchen war im Profilbilde nur als gezähnelter Rand, dagegen am Ende der Schrägschnitte häufig im En face-Bilde mit der bekannten dachziegelförmigen Wellenzeichnung zu sehen. Das schräg durchschnittene Mark stellte stets einen tiefdunkel gefärbten, schwammigen, einheitlichen Körper dar mit groſsen Hohlräumen ohne Abgrenzung einzelner Markzellen.

Diese Schrägschnitte wurden nun nach Entfernung des Celloidins verschiedenen Verdauungsversuchen unterworfen. Es zeigte keine einzige der drei an der Hornschicht und am Nagel erprobten Verdauungsflüssigkeiten auf die Elemente des Haares den geringsten lösenden Einfluſs. Pepsinsalzsäure und Chromsäure hinterlieſsen die Haarschrägschnitte überhaupt ohne jede Veränderung; die Oberhäutchenzellen, die kernhaltigen Rindenzellen und das poröse Mark zeigten und färbten sich genau wie

an den unverdauten Kontrollpräparaten.[16] Ein stärkerer Einfluſs war nur nach Behandlung mit rauchender Salpetersäure zu erkennen. Derselbe führte aber (selbst nach vier Stunden) durchaus keine partielle Lösung (Verdauung) herbei. Nur Form und Farbenreaktion der Elemente wurde zum Teil geändert. Da diese Versuche an Haaren mit rauchender Salpetersäure in manchen sonstigen Beziehungen Interesse besitzen, seien sie etwas genauer mitgeteilt.

Übergieſst man ganze Menschenhaare in einer Schale mit einigen Kubikzentimetern rauchender Salpetersäure, so entwickeln sich sofort Gasbläschen, die sich mittelst der bei den Nägeln erwähnten Vorrichtung als aus CO_2 und wahrscheinlich auch SO_2 bestehend erweisen. Hierbei quillt das Haar auf, wird durchsichtig, weich und mürbe. Bringt man dasselbe in schwach alkalische Flüssigkeit, z. B. gewöhnliches Leitungswasser, so färbt es sich allmählich gelb (Xanthoproteinreaktion) (vergl. Fig. 4); diese Färbung kann durch Eintauchen in stärkere alkalische Lösungen momentan erzeugt werden. Gleichzeitig mit dieser Einwirkung der rauchenden Salpetersäure auf die Haare geht etwas von der Xanthoproteinsäure und vielleicht auch von anderen Nitroprodukten in die Salpetersäure gelöst über, denn auf Zusatz von Wasser zu letzteren entsteht ein hellgelber, in Alkohol und Äther unlöslicher Niederschlag. Hiermit ist sichergestellt, daſs ein Teil der Haarsubstanz bei Behandlung mit rauchender Salpetersäure sofort in Lösung geht unter Entstehung von Xanthoprotein (und ähnlichen Nitroprodukten), während ein anderer Teil durch weitgehende Oxydation zu CO_2 und Oxyden des Schwefels verbrannt wird.

Indessen, wenn man die auf diese Weise behandelten Haare mikroskopisch untersucht, so sieht man, daſs die Wirkung der rauchenden Salpetersäure keineswegs eine verheerende war, daſs sie sich jedenfalls nur auf gewisse geringe, weniger widerstandsfähige Teile des Haares erstreckt. Denn das Haar ist, abgesehen von starken Deformationen, gut erhalten geblieben; es fehlt kein einziger Bestandteil; wir finden Oberhäutchen, Rinde und Mark, alle in verschiedenem Grade gequollen, aber in ihrer natürlichen Lagerung. (Vergl. Fig. 7, 8).

Wir haben die einschlägigen Versuche so angestellt, daſs wir zu verschiedenen Zeiten, nämlich nach 5, 15, 30 Minuten, einer, zwei, vier und acht Stunden Haarproben aus der rauchenden Salpetersäure entnahmen, um die Einwirkung stufenweise zu verfolgen. Die einzelnen Haare kamen in gewöhnliches (meistens alkalisch reagierendes) Leitungs-

---

[16] An verdauten und unverdauten Haarschrägschnitten färben sich sowohl mit basischen Farbstoffen (Methylenblau, Gentianaviolett) als auch mit sauren (Eosin, Wasserblau, Karmin) das Mark stets am stärksten, das Oberhäutchen am schwächsten und die Rinde in mittlerer Stärke.

wasser, welches durch mitgerissene Säure angesäuert wurde; in solchem Wasser erschienen die Haare stets weifs; von hier aus kamen sie auf den Objektträger und wurden feucht, ohne vorherige Antrocknung daselbst gefärbt.

Es zeigte sich nun bei diesem stufenweisen Verfolgen der Einwirkung durch die Salpetersäure-Alkaliprobe, dafs die Xanthoproteinbildung schon nach fünf Minuten vollendet war und in ihrer Intensität durch längeres Verweilen in den Säuren nicht gesteigert wurde. Dabei blieb die Form und Struktur des Haares gut erhalten bis auf kleine Einrisse des quellenden Oberhäutchens (vergl. Fig. 7, 8); soweit behandelte und gefärbte Haare erlauben aber keinen Einblick in das Verhalten der Rinde und des Markes, da das Oberhäutchen sich zu stark färbt und Rinde und Mark noch fest umschliefst. Nach einem Aufenthalt von $^1/_2$—4 Stunden hat sich das stärker gequollene Oberhäutchen weiter abgelöst und umgibt nun als ein loses, durchsichtiges Häutchen die weniger gequollene Rinde wie ein faltiges Gewand (siehe Fig. 7); offenbar halten die quellenden Oberhäutchenzellen dabei besser untereinander zusammen als mit den Rindenzellen. An diesen Präparaten kommt nun auch Rinde und Mark deutlich zum Vorschein, ersterer als kompletter in regelmäfsigen Abständen von Kernen durchsetzter Zylinder, letzteres in auffälliger Weise solidifiziert und kompakter geworden, indem die normalerweise entstandenen zahlreichen Luftblasen durch gequollene Zellreste verdrängt werden. Derartige Präparate werden am besten mit einer sauren Farbe, speziell gut mit Wasserblau (mit Säurezusatz) gefärbt; dann erscheint das Oberhäutchen ganz schwach bläulich, die Rinde hellblau mit dunkelblauen Kernen und der Markzylinder tiefblau. (Siehe Fig. 8.)

In dem Zwischenraum von 4—8 Stunden schreitet nun die Erweichung der Haare soweit fort, dafs es nicht mehr möglich ist, gute Präparate anzufertigen. Jedenfalls ist das Oberhäutchen stets abgeworfen; Rinde und Mark halten aber noch lange zusammen und zeigen keinen Zerfall in einzelne Zellen. Die rauchende Salpetersäure ist auch bei stärkster Anwendung für die Haarsubstanz kein Macerationsmittel.

Die Xanthoprotein-Alkaliprobe gibt aber noch weiteren Aufschlufs über bestimmte Differenzen innerhalb der Haarsubstanz. Um diese darzustellen, ist es nötig, auf einige Eigenheiten der Reaktion wohl zu achten. Die stärkste Gelbfärbung wurde erreicht an Haaren, welche nicht zu lange, nämlich 5—30 Minuten in der rauchenden Salpetersäure gelegen haben; lagen sie länger darin, so fiel die Xanthoprotein-Alkaliprobe schwächer aus. Ebenso zeigte sich, dafs bei längerem Verweilen in alkalischen Flüssigkeiten eine anfänglich starke Gelbfärbung allmählich verblafste. Beide Erscheinungen erklären sich wohl einfach auf die Weise, dafs das schon im Haargewebe gebildete Xanthoprotein, resp. Xanthoprotein-Alkali durch die Lösungsmittel — dort Salpetersäure, hier alka-

lische Lösung — wieder ausgewaschen wurde. Um eine maximale Gelbfärbung zu erzielen, mufs man also die Haare nicht länger als eine halbe Stunde mit der rauchenden Salpetersäure behandeln und sie dann nur solange in alkalischem Wasser lassen, als die Gelbfärbung noch sichtlich zunimmt. An dergestalt maximal gelb gefärbten Haaren wurde durch äufserst zahlreiche Versuche festgestellt, dafs das Oberhäutchen überhaupt keine Gelbfärbung annimmt, d. h. kein Xanthoprotein bildet. Dieser Unterschied zwischen Oberhäutchen einerseits und Rinde und Mark andererseits ist kein gradueller, sondern ein absoluter. Mit dieser Tatsache harmoniert auch die andere, dafs an maximal gelb gefärbten Haaren nur das farblose Oberhäutchen aber nicht die gelb gefärbte Rinde nebst dem noch dunkler gelb gefärbten Mark basische Farben in alkalischer Lösung, z. B. die polychrome Methylenblaulösung aufnehmen. Auf diese Differenz gründet sich eine gute Kontrastfärbung der mit rauchender Salpetersäure behandelten Haare; das dunkelblauviolette Oberhäutchen kontrastiert stark mit der gelb gefärbten Rinde und dem gelbbraunen Mark. Immerhin ist diese starke Färbung nicht geeignet, alle feineren Strukturverhältnisse des behandelten Haares hervortreten zu lassen. Dagegen kommt es uns zu statten, dafs Methylgrün auch die gelb gefärbten Bestandteile des Haares stark färbt und dabei das Mark und die Kerne der Rindensubstanz sehr deutlich hervortreten läfst. Man färbt also mit Methylgrün (1 %) vor und verdrängt den Überschufs durch (1 %oige) Eosinlösung, welche das Oberhäutchen violettrötlich färbt und die Rinde soweit entfärbt, dafs die Kerne hervortreten; diese sowie das Mark sind dunkelviolett mit einem Stich ins Braune.

4. Resultate.

Die geschilderten Verdauungsversuche des Menschenhaares ergeben als wichtigste Tatsache, dafs nur das Oberhäutchen desselben aus reiner Hornsubstanz besteht, also als völlig verhornt zu bezeichnen ist. Die Xanthoprotein-Alkalireaktion ist um so ausgeprägter, je mehr andere, nicht verhornte Bestandteile der Hornsubstanz beigemengt sind. So gibt die Haarrinde die Xanthoproteinreaktion nur in mäfsigem Grade und dieselbe ist allein an die Kernreste der Rinde gebunden. Das Mark gibt sie sehr stark und sowohl die Hyalinreste desselben wie das aufgequollene Spongioplasma färben sich gleichmäfsig dunkelgelb. Die Xanthoproteinreaktion ist mithin ein brauchbares Mittel, um die Hornsubstanzen auf ihre Reinheit zu prüfen und zugleich ein brauchbares Mittel zur Charakteristik der verschiedenen Hornsubstanzen, die uns bei der bisherigen Untersuchung begegnet sind.

Es genügt daher überall nicht, einen Komplex von Horn- und anderen Eiweifssubstanzen der Wirkung der rauchenden Salpetersäure lange Zeit bis zu eventueller partieller Lösung (Verdauung) auszusetzen, sondern man hat auch in jedem Falle eine maximale Gelbfärbung durch momentane Behandlung mit rauchender Salpetersäure und Alkali hervorzurufen und das Produkt auf seine Aufnahmefähigkeit für basische Farben (polychrom. Methylenblaulösung) zu prüfen. Tun wir dieses mit den früher untersuchten Oberhaut- und Nagelzellen, so ergibt sich die interessante Tatsache, dafs an diesen beiden Hornprodukten die Xanthoprotein-Alkalireaktion nicht an den Gesamtzellen haftet, sondern nur an dem Inhalte derselben, während ihre Hülle durch Aufnahme der basischen Farbe nach der Behandlung mit rauchender Salpetersäure ergibt, dafs sie von letzterer nicht angegriffen worden ist.

Während wir auf Grund unserer Erfahrung an den Oberhaut- und Nagelzellen (S. 414) dazu gelangten, zwischen zwei Hornsubstanzen zu unterscheiden, von denen die eine in rauchender Salpetersäure unlöslich war (A), die andere löslich (B), haben wir jetzt auf Grund der Xanthoprotein-Alkalireaktion noch eine dritte Hornart zu unterscheiden, welche sich vor A durch den positiven Ausfall dieser Reaktion, vor B durch die Unverdaulichkeit in rauchender Salpetersäure auszeichnet.

Das folgende Schema gibt eine Übersicht über die bisher als verschieden erkannten Hornarten des Menschen:

Die Hornsubstanzen des Menschen.

Hornsubstanz		Pepsin-Salzsäure	Xanthoprotein-Alkaliprobe	Rauchende Salpetersäure	Art der Albuminoide
Hornschicht..	1. Hülle der Hornzellen	unverdaulich	negativ	unverdaulich	Keratin A
	2. Inhalt derselben	verdaulich	positiv	verdaulich	Eiweifs, Fett usw.
Nagel	1. Hülle der Nagelzellen	unverdaulich	negativ	unverdaulich	Keratin A
	2. Inhalt derselben	unverdaulich	positiv	verdaulich	Keratin B
Haar	1. Oberhäutchen	unverdaulich	negativ	unverdaulich	Keratin A
	2. Rinde und Mark	unverdaulich	positiv	unverdaulich	Keratin C

Hiernach treffen wir das Keratin A nur in der Hülle der Hornzellen, der Hülle der Nagelzellen und im Oberhäutchen des Haares an. Dieses Keratin A repräsentiert die reinste, von allen Beimengungen freie Hornsubstanz, welche einerseits in chemischer Beziehung den besprochenen drei Proben genügt, andererseits in anatomischer Beziehung ein mikroskopisch einheitliches Bild gibt. Es ist nun sehr bemerkenswert, daſs gerade diese allein reine Hornsubstanz die Xanthoprotein-Alkaliprobe nicht gibt. Daſs in der Literatur Angaben vorhanden sind,[17] wonach die Hornsubstanzen die Xanthoproteinreaktion geben, liegt offenbar daran, daſs die betreffenden Autoren nicht genauer den Ort der Reaktion verfolgt haben und auf Keratin A bezogen, was durch Keratin B und C hervorgerufen wurde.

Betrachten wir die Elemente näher, die uns das reine Keratin A liefern, so sind es teils bloſse Zellhüllen (Hornzellen, Nagelzellen), teils ganze Zellen (Oberhäutchenzellen); aber es ist nun sehr bezeichnend, daſs diese letzteren eigentlich auch nur Zellhüllen darstellen, insofern gerade die Oberhäutchenzellen im Gegensatz zu den ihnen benachbarten Rindenzellen und Wurzelscheidenzellen sich von vornherein durch geringen Inhalt auszeichnen, nämlich weder Pigment wie jene noch Hyalin wie diese enthalten. Diese Oberhäutchenzellen werden während der Verhornung einem starken konzentrisch wirkenden Drucke (zwischen Haar und Wurzelscheide) ausgesetzt und formen sich so in die dachziegelähnlichen, dünnen Zellplatten um, welche gleichsam nur eine doppelte Zellhülle repräsentieren. Man sieht hieraus, daſs auch das mikroskopische Bild des Keratins A ein einheitliches ist. Auch darin besteht eine bemerkenswerte Übereinstimmung unter den Hornsubstanzen, welche dieses Keratin liefern, daſs sie alle denjenigen Anteil der Horngebilde darstellen, welcher an der äuſsersten Peripherie liegend, direkt an die Auſsenwelt angrenzt.

Das Keratin B, welches den Inhalt der Nagelzellen darstellt und eine starke Xanthoprotein-Alkalireaktion gibt, ist keine so einheitliche Substanz wie Keratin A, da es u. a. Kernreste enthält und offenbar ist es dieser Inhalt der Nagelzellen, welcher bei Einwirkung der rauchenden Salpetersäure Gase liefert.

Rinde und Mark des Haares werden durch das Keratin C charakterisiert, welches die Xanthoprotein-Alkaliprobe gibt und in rauchender Salpetersäure nicht löslich ist. Dieses Keratin C ist noch weniger einheitlich gebaut als das Keratin B und auſserdem in Mark und Rinde auch nicht einmal identisch. Die spindelförmigen Rindenzellen enthalten noch eine bedeutende Menge von Kernresten, welche ihnen bei diesen Verdauungsversuchen nicht entzogen werden können. Die Markzellen

[17] Hammarsten, *Lehrbuch der physiol. Chemie.* S. 52.

andererseits enthalten Reste von Hyalin (Trichohyalin), welche ebenfalls noch nach Behandlung mit rauchender Salpetersäure durch geeignete Färbung darzustellen sind. Dieses Hyalin bildet, wie schon anfangs erwähnt, in dem Mark des abgeschnittenen Menschenhaares keinen so erheblichen Bestandteil wie im Mark der in der Cutis zurückgebliebenen Haarwurzel. Es ist eben stark eingetrocknet und an seine Stelle sind sehr viele rundliche Lufträume getreten; dieses Verhältnis übersieht man am besten an Schrägschnitten solcher Haare. In der Haarwurzel dagegen ist das Mark direkt über der Papille zum gröfsten Teil von rundlichen Hyalinballen eingenommen und aufserdem sieht man hier die Mutterzellen der Wurzelscheide so stark mit Hyalin beladen, dafs sie bei Karminfärbung wie ein roter Mantel den Haarknopf umgeben. Das Haar als Ganzes genommen haben wir also in diesem Hyalin (Trichohyalin) einen weiteren, wichtigen Bestandteil zu konstatieren, dessen Verhältnis zur Hornsubstanz noch vollständig zu erforschen ist; keinenfalls können aber hyalinhaltige Hornprodukte einfach als reine Hornsubstanz angesehen werden.

Zum Studium des Hyalins an Menschenhaaren sind wir also ganz auf die Schnitte von Haarwurzeln angewiesen, wie sie uns beispielsweise jedes Präparat einer Kopfhaut liefert. Der beste Gang der Untersuchung ist der folgende. Die von Celloidin befreiten Schnitte werden mit einer guten Karminlösung gefärbt, wodurch neben den Kernen hauptsächlich das Trichohyalin in spezifischer Weise hervorgehoben wird. Nachdem man sich die Haarwurzeln gemerkt hat, welche reichlich Hyalin enthalten, werden die Schnitte mit den betreffenden Reagentien behandelt, in Wasser abgespült und wiederum mit Karmin gefärbt. Der Vergleich der Karminpräparate vor und nach der Behandlung ergibt die Einwirkung der betreffenden Reagentien auf das Hyalin.

Eine grofse Reihe von Reagentien, unter denen wir Salze, Säuren und Alkalien hervorheben, wurde mit dem Trichohyalin in Kontakt gebracht. Salze, verdünnte Säuren, verdünnte und konzentrierte Alkalien waren ohne erkennbare Einwirkung. Erst bei Einwirkung konzentrierter Säuren und gleichzeitigem gelindem Erwärmen (40—50 °) trat eine Lösung des Hyalins der Haarwurzel ein. Als bestes Lösungsmittel erwies sich die 50 %ige Schwefelsäure, während andererseits 40 %ige Kalilauge das Trichohyalin vollkommen intakt liefs.

Das Resultat der Untersuchung des Hyalins am Menschenhaare ist ziemlich unbefriedigend; die Löslichkeitsverhältnisse desselben lassen sich hier nur an der Haarwurzel erforschen und der Beweis der Existenz oder Nichtexistenz an abgeschnittenen Haaren, die als Ausgangsmaterial für die Darstellung reiner Hornsubstanz doch allein in Betracht kommen, ist mit grofsen Schwierigkeiten verknüpft. Denn hier handelt es sich immer nur um eingetrocknete Reste von Hyalin. Ganz anders bei den meisten

Tierhaaren, zu deren Erforschung wir uns nun wenden. Dieselben enthalten zum Teil so bedeutende Massen von Hyalin, daſs über dessen Vorhandensein oder Nichtvorhandensein, d. h. über die eventuelle Reinheit der Hornsubstanz, nie ein Zweifel bestehen kann.

(Fortsetzung folgt.)

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1907. Heft 1.

1. **Was leisten die neueren Behandlungsmethoden des Lupus vulgaris und welches sind ihre Indikationen?** von A. Blaschko. Die neuen Behandlungsmethoden des Lupus bedeuten zweifellos einen groſsen Fortschritt, aber keine von ihnen ist nach Bl.s Ansicht zur Behandlung des Lupus schlechtweg, d. h. zur Behandlung aller Lupusfälle geeignet.

Die Exzision der Lupusherde in toto ergibt bei kleinen, nicht über fünfmarkstückgroſsen, leicht zugänglichen, mitten im Gesunden liegenden Herden in jeder Beziehung vorzügliche Resultate, namentlich wenn der Defekt durch Primärwundnaht geschlossen werden kann. Nicht zu empfehlen ist das Verfahren da, wo die Herde auf Augenlid, Ohr, Nase oder Schleimhaut übergreifen oder wo der Lupus sich im Anschluſs an Drüsen- und Knochennarben entwickelt hat, da in solchen Fällen eine Infektion der Narbe mit Tuberkelbazillen von der Tiefe her zu befürchten ist.

Die Heiſsluftbehandlung nach Holländer ist eine ausgezeichnete Methode für sehr groſse und mittelgroſse Fälle, namentlich aber für jede Form von Schleimhautlupus; hier ist sie der Finsen-Behandlung entschieden überlegen. Das Verfahren erfordert wegen seiner auſserordentlichen Schmerzhaftigkeit stets allgemeine Narkose; Infiltrationsanästhesie ist wegen der Gefahr der Verschleppung tuberkulösen Materials durch die Spritze nicht anwendbar.

Die Finsen-Behandlung, deren Vorteile und Nachteile nach dem Abklingen des ersten Enthusiasmus jetzt wohl überall richtig geschätzt werden, eignet sich besonders für mittelgroſse, leicht zugängliche Herde; beim Lupus des äuſseren Ohres, der Augenlider, der Nase und besonders der Nasen- und Mundschleimhaut ist sie nur schwer anzuwenden, mit anderen Methoden, eventuell kombiniert mit der Finsen-Therapie, kommt man in solchen Fällen leichter und besser zum Ziele. Die Anwendung der Lichtbehandlung wird möglicherweise in Zukunft durch die von Kromayer vervollkommnete Quecksilberquarzlampe erleichtert werden.

Die Behandlung mit Röntgenstrahlen ist dadurch, daſs sie in ziemlich kurzer Zeit einen groſsen Teil der lupösen Fläche freilegt und auch einen groſsen Teil des Lupusgewebes zerstört, nach Ansicht Bl.s eine sehr gute Vorbehandlung für andere Verfahren und eignet sich namentlich auch zur Anwendung in Verbindung mit anderen Methoden. Dagegen ist das Radium am meisten zur Nachbehandlung zu empfehlen, besonders zur Beseitigung isolierter, an der Grenze gröſserer Lupusplaques sitzender Herde und isolierter, in Narben eingesprengter Lupusknötchen.

Die Behandlung mit Ätzmitteln ist mit Unrecht in den Hintergrund gedrängt worden; sie ergibt bei konsequenter Durchführung sehr beachtenswerte, ja sogar voll-

kommene Heilerfolge und hat dabei den grofsen Vorzug, dafs sie ambulant angewendet werden kann. Von der grofsen Zahl der zur Lupusbehandlung empfohlenen Ätzmittel gebraucht Bl. nur die rasch wirkende Kalilauge und die Pyrogallussäure, die langsamer zum Ziel führt; beide Mittel verwendet er häufig kombiniert in der Weise, dafs er zuerst den ganzen Krankheitsherd mit Kalilauge abreibt, dadurch in wenigen Minuten eine wunde Fläche erzielt und dann gleich mit Pyrogallus nachbehandelt. Eine vollständige Heilung wird durch eine einmalige Pyrogalluskur nur ausnahmsweise erzielt; meist bleiben in der Narbe vereinzelte Knötchen zurück, die dann durch eine der anderen Methoden oder auch durch nochmalige Applikation von Pyrogallussäure zerstört werden können. Im übrigen zeigen die oft genug auch nach anderen Behandlungsweisen restierenden, in die Narben eingesprengten Knötchen häufig keine Neigung zum Wachstum; sie bleiben viele Jahre stabil und geben dann, wenn sie nicht in kosmetischer Beziehung störend wirken, keine Indikation zu irgendwelchem Eingreifen. Jedenfalls ist von allen Methoden der ambulanten Behandlung nach Bl.s Erfahrung die Pyrogalluskur die vorzüglichste; für kleine, isolierte, oberflächlich gelegene Herde würden sich auch Pinselungen mit Acidum carbolicum liquefactum eignen. Die Behandlung mit roher Salzsäure kann, wie Bl. es in einem Falle gesehen hat, zur Bildung stark teleangiektatischer und infolgedessen sehr entstellender Narben führen.

Der innerliche Gebrauch von Cantharidin ist vollständig wirkungslos. Dagegen sollte Tuberkulin (Alttuberkulin) zur Unterstützung der lokalen Behandlung viel häufiger benutzt werden, als dies jetzt geschieht; denn die Verbindung von Tuberkulin- und Lokalbehandlung stellt eine sehr wertvolle Vervollständigung der Lupustherapie dar. Speziell in den Fällen, in denen der Lupus durch irgendein Verfahren freigelegt ist, wo also die Lymphbahnen nach aufsen Abflufs haben, sollte stets der Versuch gemacht werden, durch Tuberkulin die Krankheitsherde auch von innen her zu beeinflussen und eine Abschwemmung der freigewordenen Krankheitskeime nach aufsen in die Wege zu leiten. Allein, ohne äufsere Therapie angewendet, ist das Tuberkulin ein aufserordentlich gutes Palliativmittel bei Lupus. Einzelne Formen der Hauttuberkulose, wie Folliclis und Lichen scrophulosorum, können durch Tuberkulinkuren zu völliger Heilung gebracht werden.

2. **Die Verhütung der Epididymitis bei der Behandlung der Blennorrhoe im akuten und subakuten Stadium,** von J. Neuberger-Nürnberg. Die von Neisser empfohlenen prolongierten Injektionen grofser Flüssigkeitsmengen bei akuter und subakuter Blennorrhoe der Pars anterior urethrae begünstigen, wie N. ausführlich darlegt, das Auftreten von Urethritis posterior und damit auch von Epididymitis; sie nehmen auf den Zustand des Sphinkter, der oft sehr bald erkrankt und dann in seiner Funktionsfähigkeit beeinträchtigt ist, nicht genügend Rücksicht. Andererseits wird durch prolongierte Injektionen und maximale Ausdehnung der Harnröhre die Heilung der Blennorrhoe durchaus nicht beschleunigt. Ist aber im Verlaufe einer akuten oder subakuten Blennorrhoe eine Urethritis posterior eingetreten, dann wird durch die Neissersche Behandlungsmethode die Entstehung einer Epididymitis auch nur gefördert; denn zur Verhütung der Nebenhodenentzündung bei Urethritis posterior ist die Vermeidung jeglichen Reizes erforderlich, die prolongierten Injektionen grofser Flüssigkeitsmengen aber bedingen oft genug eine Irritation.

N. läfst Patienten mit unkomplizierter akuter blennorrhoischer Urethritis anterior drei- bis viermal täglich 4—5 ccm einer $^1/_4$ %igen Protargollösung einspritzen, die Flüssigkeit darf in der ersten Zeit nicht länger als drei bis vier Minuten in der Harnröhre bleiben; nur ganz allmählich wird mit dem Rückgang der Akuität des blennorrhoischen Prozesses mit der Flüssigkeitsmenge und der Dauer der Injektionen, wie auch mit der

Konzentration der Lösung mäfsig gestiegen. Wenn Präputialödem und stärkere Schwellung der Urethrallippen vorhanden oder das Sekret sanguinolent ist, besteht die Behandlung anfänglich nur in antiphlogistischen Umschlägen und Verabreichung von Gonosan oder Oleum Santali, und erst nach einigen Tagen werden kurzdauernde Einspritzungen von 3 ccm einer ganz schwachen Protargollösung vorgenommen; wenn nach den klinischen Symptomen und dem mikroskopischen Sekretbefunde die Entzündung nachläfst, wird mehr und eine stärkere Lösung injiziert. Ist bei Kranken mit akuter oder subakuter Blennorrhoe bereits eine Urethritis posterior vorhanden, dann unterbleibt zunächst jede örtliche Behandlung, die Patienten bekommen nur Gonosan oder Oleum Santali und, wenn nötig, Abführmittel und bei heftigeren Entzündungserscheinungen täglich ein bis zwei Morphium- oder Belladonnasuppositorien, aufserdem müssen sie möglichst reichlich milde Getränke zu sich nehmen. Auf die Suppositorien legt N. sehr grofsen Wert; sie tragen mehr noch als die Balsamica zur Besserung der Urethritis und zur Verhütung der Epididymitis bei. Ist unter dieser Behandlung die Urethritis posterior abgeheilt, dann wird vorsichtig mit Injektionen von 4—5 ccm Flüssigkeit begonnen; gelingt jedoch die Beseitigung der Entzündung des hinteren Harnröhrenabschnittes im Verlaufe mehrerer Wochen nicht, so werden sehr kurzdauernde Injektionen minimaler Flüssigkeitsmengen gemacht. Zu Janetschen Spülungen geht man erst über, wenn das subakute Stadium zu Ende geht, sie führen dann oft sehr rasch zur Heilung.

N. hat bei 200 Blennorrhoen, die er in der beschriebenen Weise behandelte, nur sechsmal Epididymitis beobachtet; die Erfolge sind also sicher nicht schlechter als bei anderen Methoden. *Götz-München.*

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Februar 1907.

Über Pemphigus vegetans, von James Mac Forlane Winfield-Brooklyn-New York City. (Fortsetzung und Schlufs aus der Januarnummer.) Der von W. selbst beobachtete Fall betraf eine 18jährige Russin, die vor etwa einem Jahr an Erbrechen, heftigen Muskelschmerzen, Fieber erkrankte; nach einigen Tagen bildeten sich Bläschen an der Innenseite der Lippen und an der Zungenspitze, eine Woche später eine Gruppe kleiner Bläschen auf beiden Seiten der Schamgegend, von welchen ein grofser Teil verschmolz und aufbrach (mit seröser Flüssigkeit). Die Bläscheneruption befiel weiterhin die Aufsenseite der Lippen, die Achselhöhlen usw.; sie breitete sich stets peripherwärts aus; die Bläschen brachen späterhin auf und bedeckten sich dann an der Basis mit Vegetationen. Letztere fielen zwar nach etwa einmonatlicher Dauer an manchen Stellen wieder ab, kamen aber immer wieder und zwar stets in verstärktem Mafse, und Patientin starb ca. neun Monate nach Beginn der Erkrankung an Erschöpfung. Verschiedene bakteriologische Untersuchungen des Inhalts der Bläschen und des Blutes ergaben Staphylokokken und Bac. pyocyaneus, die in allen Reinkulturen gewonnen wurden. Im Anschlusse an seinen Fall bringt W. eine kurze Zusammenstellung aller von ihm aus der Literatur gesammelten (57) Fälle von Pemphigus vegetans und kommt bei genauer Analyse derselben zu folgenden Schlüssen. Manche der als solche bezeichneten Fälle sind keine wirklichen Beispiele von Pemphigus vegetans. Pemphigus vegetans ist eine spezielle Krankheit und steht ätiologisch in keiner Beziehung zu den gewöhnlichen Pemphigusaffektionen. Er ist eine infektiöse Erkrankung mit einem ganz bestimmten Verlauf. Der pathogene Keim ist noch nicht festgestellt, er dringt in den Körper jedenfalls durch die Schleimhäute und Hautabschürfungen ein. Die pathologischen Veränderungen, welche man oft in

den Nieren findet, haben keine ätiologische Bedeutung, sondern sind nur sekundärer Natur.

Über Syringocystoma, von CHARLES WHITE-Boston. Das Hautleiden, um das es sich hier handelte, hatte bei der 20jährigen Patientin vor etwa zehn Jahren mit einem kleinen Fleck am Halse begonnen und sich allmählich bis zur jetzigen Verbreitung, wo fast die ganze Vorder- und Seitenfläche des Halses und die vordere Hälfte jeder Achsel befallen sind, ausgedehnt. Die Affektion besteht aus stecknadelkopf- bis erbsengroſsen Knötchen, die aber, an manchen Stellen konfluirend, längliche und unregelmäſsig gestaltete Hervorwölbungen bilden, gelblich gefärbt und ziemlich weich in der Konsistenz sind. Subjektiv waren keinerlei Beschwerden vorhanden und nur die Entstellung führte Patientin zum Arzte. Tuberkulide, ungewöhnliche Form von Keratosis und Xanthome kamen bei der Diagnose in Betracht, konnten aber nach dem mikroskopischen Befund nicht aufrechterhalten werden. Derselbe ergab die hauptsächlichsten Veränderungen im Corium liegend: es sind hier neben normalen papillären und subpapillären Schichten gerade unterhalb der letzteren Haufen von Epithelzellen vorhanden, die verschiedenartige Formen bilden, in abnormes fibröses Gewebe eingelagert sind und damit groſse Ähnlichkeit mit den Zellen haben, welche die Wände der Haarfollikel, Schweiſsdrüsen und -Gänge bilden. WHITE glaubt, daſs es sich hierbei um wirkliche Neubildungen handelt, und zwar um hypertrophische Elemente früher vorhandener Ausführungsgänge von Schweiſsdrüsen. Er begründet seine Ansicht in längerer Ausführung — klinische Ähnlichkeit mit diesen Gängen, funktionelle Herabsetzung der Schweiſstätigkeit an den befallenen Stellen, Einfluſs des Höhenklimas auf den Schweiſsapparat — und stützt sich auch auf ähnliche Befunde von JACQUET und DARIER, TORÖK, NEUMANN, BRAUNS und FIOCCO. (Mit sieben Abbildungen über das makroskopische und histologische Bild.)

Elephantiasis von Penis und Skrotum als Folge von Syphilis, von A. RAVOGLI-Cincinnati. Der Fall R.s war ein 31jähriger, kräftiger Neger, der wegen Paraphimosis operiert wurde und eine antisyphilitische Behandlung durchmachte. Bald nach dem Verlassen des Spitals wurde aber sein Zustand schlechter, Penis und Skrotum immer gröſser, ersterer nahm den Umfang von etwa 30 cm an; die Vorhaut und Haut sind hart, letztere auſserordentlich verdickt über dem ganzen Corpus penis, mit warzenähnlichen Prominenzen besetzt, die bis zur Schamgegend, den Inguinalfalten und zum Skrotum reichen. Von der Oberfläche des letzteren entleerten sich profuse Mengen übelriechenden Serums, welches ständig Unterkleider und Kleider benäſste. Inguinaldrüsen etwas vergröſsert, frei beweglich. Injektionen von grauem Öl, innerlich Jodkalium und ständige Umschläge mit Sublimat brachten nur langsame Besserung und so wurde die Operation (Excision der Geschwulstmassen) ausgeführt; Heilung erfolgte nach etwa fünf Wochen. Der mikroskopische Befund zeigte diffuse Ektasien der Lymphgefäſse und -Räume, manche der ersteren verstopft durch fibrinöse Gerinnsel, ferner hochgradige Zunahme des Bindegewebes, die elastischen Fasern etwas vermindert; kurz Kongestion, Lymphstauung in Verbindung mit einem Entzündungsprozeſs sind die Hauptfaktoren der pathologisch-anatomischen Veränderungen. Neben Streptokokken, Tuberkelbazillen, Filaria sanguinis, den Malaria-Plasmodien sieht R. in der Syphilis eine der wichtigsten Ursachen bei Entstehung der Elephantiasis. Letztere ist im allgemeinen in Amerika nicht sehr selten, findet sich häufiger unter den Farbigen, und in den von R. beobachteten wenigen Fällen war stets Syphilis die Ursache. Bei so weit vorgeschrittenen Fällen, wie dem vorliegenden, kann spezifische (lokale und Allgemein-) Behandlung nicht viel Erfolg haben, sondern ist im Interesse des Patienten Radikaloperation angezeigt. (Mit vier Abbildungen.)

In der Diskussion, welche sich an diesen, auf der 30. Jahresversammlung ameri-

kanischer Dermatologen (Cleveland-Ohio, 31. Mai bis 2. Juni 1906) gehaltenen Vortrag anschlofs, erklärte ROBERT W. TAYLOR, er habe eine Anzahl ähnlicher Fälle, wie den von R. beschriebenen, gesehen; gewöhnlich wurden sie bei alten Syphilitikern, bei welchen das Leiden mit Trauma oder blennorrhoischer oder Staphylokokkeninfektion assoziiert war, beobachtet. T. zeigte eine Reihe von Photographien, welche Elephantiasis von Penis und Skrotum als Folge der Syphilis illustrierten. ENGMAN hob hervor, dafs elephantiastische Zustände bei der Negerrasse nicht selten Tuberkulose, Ekzema, Erysipel usw. komplizieren, speziell aber nach Syphilis vorkommen und zweifellos auf die ausgesprochene Tendenz dieser Rasse zu Bindegewebsproliferation zurückzuführen seien. *Stern-München.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1907. Band I, Heft 1.

1. **Beitrag zum Studium der durch maximale Senkung der rechten Niere hervorgerufenen Erscheinungen**, von P. ALGLAVE.

2. **Über eine seltene, mit Hämaturie einhergehende Erkrankung der Niere**, von DOMINICO TADDEI-Florenz.

Heft 2.

1. **Der blennorrhoische Rheumatismus und seine Behandlung**, von ALBERT ROBIN. R. gibt in allen Fällen von Polyarthritis rheumatica, auch wenn sie anscheinend blennorrhoischer Natur sind, salicylsaures Natrium, weil es sich manchmal um Kombination von akutem Gelenkrheumatismus mit Tripperrheumatismus handelt; üderdies werden durch Gebrauch von salicylsaurem Natrium sehr häufig auch die Schmerzen beim Tripperrheumatismus gelindert. Die beim blennorrhoischen Rheumatismus angezeigten immobilisierenden Verbände dürfen, damit die Gelenke nicht versteifen, nur bis zum Verschwinden der stärksten Schmerzen liegen bleiben; möglichst bald mufs mit leichter Massage und vorsichtigen Bewegungen begonnen werden. Aufserdem wendet R. Einreibungen einer 10% Salicylsäure und 10% Terpentinöl enthaltenden Salbe oder Einreibungen mit grauer Salbe an, oder läfst Umschläge mit 1‰iger alkoholischer Sublimatlösung machen. Von BIERscher Stauung hat R. in zwei Fällen keine günstigen Erfolge gesehen; dagegen führten in drei Fällen subcutane Injektionen von 0,00001—0,00003 (1—3 hundertstel Milligramm) Palladium colloidale, bei anderen Kranken Einreibungen von Kollargolsalbe und in einem Falle Applikation von Radiumstrahlen überraschend schnell zur Heilung. Zur Beseitigung von Ankylosen empfiehlt R. aufser Massage, Elektrizität, heifsen Sand- und Heifsluftbädern häufig wiederholte, ganz feine und oberflächliche, punktförmige Kauterisierungen und Bäder mit Zusatz von 100,0 Terpentinöl und 100,0 Schmierseife. Die Punktion der Gelenkergüsse mit nachfolgender Injektion desinfizierender Flüssigkeiten will R. nur in Ausnahmefällen ausgeführt wissen, wenn Schwellung und Schmerzen auf keine andere Weise zu beseitigen sind, die Arthrotomie beim blennorrhoischen Gelenkrheumatismus verwirft er vollständig.

2. **Kokainöl bei Harnkranken**, von RAYMOND BONNEAU. B. empfiehlt zur Anästhesierung der Harnröhrenschleimhaut behufs Vornahme nicht besonders schmerzhafter, aber länger dauernder Manipulationen Einspritzungen einer Lösung von Kokain in Olivenöl. Es mufs dazu pures Kokain verwendet werden, da sich Cocainum muriaticum in Öl nicht löst; die Sterilisierung des Kokainöls ist nach den angeführten Mitteilungen eines Chemikers recht schwierig, aber doch möglich. Kokainöl erzeugt eine wesentlich länger andauernde Anästhesie als die wässrige Kokainlösung; dafür wirkt diese rascher und intensiver, da sie schneller und besser resorbiert wird.

3. **Drei Fälle von Blasentumoren ohne Hämaturie,** von Barthélemy Guizy-Athen. Kurze Mitteilungen über zwei gestielte Blasenpapillome und ein gestielt aufsitzendes Carcinom der Blase. In allen drei Fällen war häufiger, starker und schmerzhafter Harndrang vorhanden, dagegen wurde nie Hämaturie beobachtet. Alle drei Tumoren saſsen an der vorderen Blasenwand; ob dieser Sitz das Fehlen der Hämaturie erklären kann, weiſs G. nicht. *Götz-München.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. VII, Nr. 2.

Enthält keine Originalien.

Bd. VII, Nr. 3.

Der Gesetzentwurf betreffend die Prostitution und die Prophylaxe der venerischen Krankheiten in seiner von der auſserparlamentarischen Kommission angenommenen Fassung, von L. Butte-Paris. Dieser Entwurf erweckt bei B. sehr lebhafte Bedenken, denn es wird darin auf die möglichste Beseitigung aller Zwangsmaſsregeln und direkter Kontrolle der Prostituierten abgezielt. Die zwangsweise Internierung in einem Krankenhaus soll allerdings verfügt werden können, wenn eine wegen öffentlichen Anbietens und Aufdringlichkeit (racolage) polizeilich eingelieferte Person sich als venerisch erkrankt erweist. Der ganze Entwurf ist nach B. dadurch beeinfluſst, daſs Augagneur-Lyon (merkwürdigerweise) erklärte, daſs man die Gefahr der Syphilis stark übertrieben habe, diese Krankheit sei im Vergleich zu anderen Leiden von einer nur unbedeutenden Schädlichkeit. Trotzdem Fournier sich bemühte, die schweren Nachteile der Syphilis klar zu machen, schloſs sich die Kommission der (allzu) optimistischen Auffassung an. Immerhin sind zweckmäſsige Vorschläge gemacht, um die Prostitution der Minderjährigen (unter 18 Jahren) zu bekämpfen, um öffentliches Ärgernis zu verhüten und um die Kuppelei zu unterdrücken. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1906. Heft 10.

1. **Nervensystem und Hautkrankheiten,** von Leredde. Die Anschauung vieler Dermatologen, derzufolge eine groſse Anzahl von Hautaffektionen nervösen Ursprungs sein soll, ist nach Ansicht L.s irrig. Sicher ist nur, daſs der Herpes zoster durch Veränderungen im Nervensystem bedingt ist; dagegen ist der vielfach behauptete nervöse Ursprung der linearen Naevi durchaus nicht erwiesen, lediglich ihre Anordnung läſst Beziehungen zu den Hautmetameren erkennen. Auch Psoriasis und Ekzem, Lichen planus und Lichen simplex zeigen manchmal lineäre Gestaltung; das beweist aber nur eine allerdings nicht erklärte Prädisposition gewisser Hautpartien für verschiedene Dermatosen. Was Urticaria, Erytheme, Pemphigus und Duhringsche Krankheit betrifft, so steht ihr entzündlicher Charakter auſser Frage.

2. **Die Veränderungen des Blutes bei den Dermatosen,** von P. Minassian. M. hat bei Patienten mit Hautkrankheiten verschiedener Art genaue Blutuntersuchungen vorgenommen und ist im einzelnen zu folgenden Ergebnissen gekommen.

Bei Psoriasis fand sich sehr häufig, aber durchaus nicht immer eine Verminderung der roten Blutkörperchen und des Blutfarbstoffes; der Grad der Anämie schien weder mit der Ausdehnung der Hauterscheinungen noch mit der Zahl der Rezidive in direkten Beziehungen zu stehen, doch hält M. wegen der Häufigkeit der Anämie bei Psoriatikern einen kausalen Zusammenhang zwischen Blut- und Haut-

veränderungen für wahrscheinlich. In fünf von elf Psoriasisfällen konstatierte M. eine deutliche Leukocytose, daneben zuweilen Eosinophilie, häufiger Mononukleose; die Erscheinungen wurden um so stärker, je mehr Eruptionen erfolgten und verschwanden allmählich, wenn die Hautveränderungen abheilten.

Bei Ekzemen, zumal beim seborrhoischen Ekzem fand M. häufig Anämie und in der Hälfte der untersuchten Fälle Leukocytose, die aber niemals sehr hochgradig war, ferner bei 9 von 13 Kranken ausgesprochene Eosinophilie. Im übrigen waren die Zahlenverhältnisse zwischen den einzelnen Arten von weifsen Blutkörperchen bei den verschiedenen Ekzemformen in verschiedener Weise verändert: beim seborrhoischen Ekzem war fast ausschliefslich Mononukleose zu beobachten, beim akuten nicht-seborrhoischen Ekzem herrschte Polynukleose vor. Abgesehen von der Anämie verschwanden die Veränderungen, wenn die Ekzeme abheilten.

Bei Prurigo HEBRA waren fast stets Chlorose und Leukocytose zu konstatieren; daneben beobachtete man häufig Eosinophilie, die Zahl der neutrophilen polynukleären Zellen war gewöhnlich vermindert, die Zahl der Lymphocyten und der kleinen Mononukleären vermehrt, auch die grofsen Mononukleären waren manchmal zahlreicher als in der Norm. Der Grad der Leukocytose sowohl wie der Eosinophilie und der Mononukleose wiesen stets Schwankungen auf, die mit der Entwicklung der Hauterscheinungen parallel gingen, doch verschwanden in schweren Fällen Leukocytose und Eosinophilie auch in freien Zwischenzeiten niemals ganz. Die Konstanz der Blutveränderungen bei Prurigo HEBRA läfst es als sehr wahrscheinlich erscheinen, dafs zwischen Haut- und Blutsymptomen enge Beziehungen bestehen; man betrachtet die Prurigo gewöhnlich als die Folge einer allgemeinen Intoxikation, das Vorhandensein toxischer Stoffe im Blute würde auch die Blutveränderungen erklären.

Bei Pruritus senilis fand M. stets einen leichten Grad von Anämie, Leukocytose dagegen nur in den Fällen, in denen der Pruritus durch sekundäre Ekzeme kompliziert war. Dagegen war stets ausgesprochene Eosinophilie vorhanden, die wohl auf den Gehalt des Blutes an chemotaktischen Substanzen zurückgeführt werden mufs.

Bei polymorphen Erythemen und bei Erythema nodosum beobachtete M. sehr häufig Anämie und daneben oft leichte Leukocytose, Eosinophilie und Polynukleose, die beim Abheilen der Hautveränderungen wieder verschwanden. In drei Fällen konstatierte M. auch lokale Eosinophilie.

Bei DUHRINGscher Krankheit und bei Pemphigus vulgaris fand M. regelmäfsig eine Verminderung des Hämoglobingehaltes, in schweren und in chronischen Fällen verbunden mit Herabsetzung der Zahl der roten Blutkörperchen. Fast ausnahmslos bestanden Leukocytose und Eosinophilie, deren Grad mit dem Verlauf der Hautkrankheit parallel gehende Schwankungen erkennen liefs. Bei starker Eosinophilie waren gleichzeitig die Neutrophilen und die Lymphocyten vermindert, die Mononukleären manchmal vermehrt, aufserdem fanden sich in solchen Fällen zuweilen einige Myelocyten. In den meisten Fällen war aufserdem, und zwar bei DUHRINGscher Krankheit stärker ausgeprägt als bei Pemphigus, lokale Eosinophilie vorhanden, jedoch nur bei leicht trübem Blaseninhalt; in eitrigem Blaseninhalt herrschten die polynukleären Neutrophilen vor. In einem Falle von DUHRINGscher Krankheit fehlte die lokale Eosinophilie vollständig; sie ist also bei dieser Affektion ebensowenig wie die allgemeine Eosinophilie ganz konstant. — M. glaubt, dafs bei DUHRINGscher Krankheit und bei Pemphigus vulgaris Reize chemischer Art die Leukocytose und die Veränderungen in den Verhältniszahlen der einzelnen Arten von weifsen Blutkörperchen verursachen, indem sie die Tätigkeit der blutbildenden Organe anspornen. Dafs es sich um primäre Veränderungen des Knochenmarks handelt, wie LEREDDE annimmt, ist zum mindesten nicht erwiesen. Den toxischen Ursprung der Blutveränderungen gibt

auch LEREDDE zu; der Nachweis von Nierenerkrankungen in einzelnen Fällen von DUHRINGscher Krankheit und von Pemphigus vulgaris spricht auch für das Vorhandensein einer Toxämie. Die Ansicht EHRLICHS, dafs die toxischen Substanzen in den Blasen selbst infolge Degeneration epithelialer und epitheloider Zellen entstünden, ist sicher irrig. .— Allgemeine Eosinophilie, verbunden mit Ausscheidung eosinophiler Zellen durch die Haut, also mit lokaler Eosinophilie, soll nach LEREDDE nur bei DUHRINGscher Krankheit und bei Pemphigus vegetans und foliaceus vorkommen, wurde aber von M. auch bei Erythema multiforme und bei Pemphigus vulgaris beobachtet. Das spricht ebenso wie die klinische Erfahrung, dafs DUHRINGsche Krankheit und Pemphigus vulgaris zuweilen grofse Ähnlichkeit aufweisen und dafs Übergangsformen vorkommen, für nahe Verwandtschaft zwischen beiden Affektionen. Die These LEREDDES, derzufolge jede Hautkrankheit, bei der allgemeine Eosinophilie verbunden mit Ausscheidung eosinophiler Zellen durch die Haut zu beobachten ist, als DUHRINGsche Krankheit oder als Pemphigus vegetans oder foliaceus angesehen werden mufs, hält M. für falsch; dagegen kann wohl mit Recht behauptet werden, dafs das gleichzeitige Auftreten von allgemeiner und lokaler Eosinophilie ein sehr häufiges Symptom einer Gruppe von Hautkrankheiten darstellt, deren Typus die DUHRINGsche Krankheit ist.

Ob es wirklich Hämatodermatitiden im Sinne LEREDDES gibt, vermag M. nicht zu sagen; nur durch den Nachweis der Toxämie wurde die Frage in bejahendem Sinne entschieden.

2. **Die Überimpfbarkeit der Syphilis auf den Affen, betrachtet in ihren Beziehungen zur praktischen Medizin**, von E. RICKLIN. Ausführlicher Bericht über die Ergebnisse der Untersuchungen und über die Mitteilungen NEISSERS, FINGERS und LANDSTEINERS und METSCHNIKOFFS und ROUX' über experimentelle Syphilis. Die Arbeiten dieser Forscher wurden in den Monatsheften alle schon einzeln besprochen.

1906. Heft 11.

1. **Die Lepra in Argentinien. Das Initialleprom und die spontane Luxation der Linse**, von J. A. ROORDA SMIT-Buenos Ayres. Die Lepra entwickelt sich nur in Ländern mit schmutziger, unzivilisierter oder degenerierter Bevölkerung und verschwindet mit zunehmender Zivilisation und Kultur. In Argentinien ist die Lepra im Abnehmen begriffen; der Verfasser schätzt die Zahl der dortigen Leprösen noch auf etwa 1000. In allen Fällen, die er beobachtete, fand R. S. schon im ersten Beginne der Krankheit eine umschriebene harte Schwellung an einem oder auch an beiden Nasenflügeln; er hält diese Schwellung für das „Initialleprom“, das entsteht, wenn Leprabazillen durch Kratzen und Bohren mit dem Finger in die Nase hineingebracht werden. Dieser Infektionsmodus, bei dem sich die Menschen die von einem Leprakranken in ihrer Umgebung stammenden Bazillen selbst einimpfen, ist nach R. S. der gewöhnliche, vielleicht sogar der einzige. Den Initiallepromen durchaus ähnliche Schwellungen an der Nase kommen auch bei gesunden Menschen, die viel in der Nase kratzen, besonders häufig bei skrophulösen Kindern, welche diese Untugend haben, vor; die bakteriologische Untersuchung läfst wohl die lepröse von der nicht-leprösen Schwellung mit Sicherheit und so frühzeitig unterscheiden, dafs durch Exzision oder parenchymatöse Injektionen oder auch auf andere Art eine Weiterentwicklung der Krankheit vielleicht noch hintangehalten werden kann. — In drei Fällen konstatierte R. S. als eines der ersten Leprasymptome eine spontane Luxation der Linse in beiden Augen; die Diagnose wurde in diesen drei Fällen nur durch den Nachweis von Initiallepromen an der Nase ermöglicht. Die sonst so häufigen Leprome an der Bindehaut, Sklera und Cornea mit ihren Folgen scheinen in Argentinien sehr selten zu sein; R. S. hat nur einen derartigen Fall beobachtet.

2. **Lichenifikation der Vulva, geheilt durch einen chirurgischen Eingriff. Beziehungen zwischen Lichenifikation und Leukoplakie der Vulva und Kraurosis**, von Leredde und R. Martial. Beschreibung eines Falles von heftigem Pruritus vulvae mit ausgedehnter Lichenifikation, Leukoplakien und Kraurosis der Vulva. Auf beiden Seiten der Schamspalte fanden sich von der Clitoris ausgehend nach hinten bis über den Anus reichend ganz harte, tiefgreifende, etwa 1 cm breite indurierte Stränge, die in der von Geburt an atrophischen Partie zu einer der Kraurosis vulvae entsprechenden Veränderung geführt hatten. Nachdem die Behandlung des Pruritus mit allen möglichen Salben und Pasten, mit Bädern und Umschlägen, mit Röntgenstrahlen und Hochfrequenzströmen wirkungslos geblieben war, wurden die indurierten Stränge exzidiert; der Pruritus verschwand daraufhin vollständig.

Die Leukoplakien der Vulva sind nach Ansicht der Verfasser gewöhnlich verursacht durch Lichenifikation der Vulva; aber auch gewisse Fälle von Kraurosis sind anscheinend auf lokale Lichenifikation zurückzuführen. *Götz-München.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1907. Heft 6.

Beitrag zur Behandlung des Ulcus molle, von Franceschini. Statt der Kauterisationen mit Karbolsäure, welche zu schweren Komplikationen Anlaſs geben können, benutzt der Verfasser folgende Lösung: gepulverten Kampfer 6, Karbolsäure 3, rektificierter Alkohol 1, welche Mischung eine vollständig klare, farblose und sehr bewegliche Flüssigkeit gibt. Von dieser Lösung werden, nachdem das Ulcus mit antiseptischer Lösung und sodann mit gekochter Salzlösung gereinigt worden, zwei oder drei Tropfen mit einem Glasstab aufgetragen. Sodann wird ein mit der nämlichen Karbolkampferlösung getränkter Wattebausch auf das Geschwür unter leichtem Drucke aufgelegt. Endlich wird ein Verband mit Watte und Gaze angelegt, der zwölf Stunden liegen bleibt. Von diesem Augenblicke an übernimmt der Patient die Behandlung selbst, indem er zweimal täglich, nach vorhergehender Reinigung des Geschwürs, einen mit der gleichen Lösung getränkten Wattebausch zwei oder drei Stunden lang auf das Ulcus aufgedrückt, dann entfernt und die Stelle mit Euphorin bestreut, die sich dem Verfasser als bestes Vernarbungspulver bei weichem Schanker bewährt hat. Das Verfahren ist vollständig schmerzlos.

Disseminierte Miliartuberkulose der Kopfhaut, von Mibelli. Erschien in extenso in dieser Zeitschrift.

Beitrag zur Kenntnis der pseudoleukämischen Hauterscheinungen, von Migliorini. Es handelt sich um einen 27jährigen Mann, dessen Krankengeschichte ausführlich beschrieben wird. Die Veränderungen erstreckten sich bei dem Patienten auf eine ganze Reihe von Organen: Lymphdrüsen, Milz, Knochenmark, Leber, Lungen, Darm, Niere, Blase, Hoden, Haut. Histologisch kennzeichneten sich diese Veränderungen weder als Lymphome durch Diapedese, noch als solche lokaler Abstammung, noch als Sarkome, sondern als einen Prozeſs, der in nächster Verwandtschaft zu stehen scheint mit Bildungen, die von vielen Autoren als Granulome sui generis betrachtet worden sind.

Beitrag zur histologischen Untersuchung der Haarbodenveränderungen in einem Falle von Favus, von Gallia. Im Gegensatz zu Mibelli, welcher behauptet hatte, daſs die Pilzvegetation im Stratum spinosum wie vor einer Schranke aufhört, fand der Verfasser diese Schicht fast durchweg vollständig zerstört. In der Cutis bestand eine kleinzellige Infiltration, die entweder in Gestalt von Zapfen den Bindegewebsbündeln folgten oder zerstreut im Bindegewebe lagen. Unter den Scutula

waren die Bindegewebsbündel und kollagenen Fasern zusammengepreßt; die Knäueldrüsen sind meist mit Leukocyten infiltriert. Die Talgdrüsen waren durchweg unverändert, im Gegensatze zu den Behauptungen von MIBELLI. Auch in bezug auf die elastischen Fasern kann er mit diesem Autor nicht übereinstimmen, indem er sie in allen Präparaten unverändert vorgefunden. Über die Cutis hinaus sehen die Verhältnisse überall normal aus. Wahrscheinlich werden viele der beschriebenen Störungen in der Cutis weniger durch die Anwesenheit des Pilzes und durch mechanische Einflüsse verursacht, als vielmehr durch die Stoffwechselprodukte des Pilzes, wie dies bei den meisten anderen Infektionskrankheiten geschieht.

C. Müller-Genf.

Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venerologie.

(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.)

1907. Nr. 1.

Über Plasmazellen, von CZESLAW OTTO. Nach eingehender Erörterung der bekannten Theorien von UNNA, MARSCHALKO und RAMON Y CAJAL über das Wesen der Plasmazellen und nach Schilderung der verschiedenen Untersuchungsmethoden referiert Verfasser über die Ergebnisse eigener Untersuchungen, die im pathologisch-anatomischen Institut von PRZEWÓSKI in Warschau ausgeführt wurden. Nach mehreren Versuchen bediente sich Verfasser ausschliefslich der modifizierten Färbungsmethode von PAPPENHEIM-UNNA.

Im Blute, in der Milz und im Knochenmark konnte Verfasser nie Plasmazellen nachweisen. Auch die Frage, ob kleine Lymphocyten per diapedesin aus den Blutgefäfsen emigrieren, mufste auf Grund zahlreicher Beobachtungen an Typhus- und Tuberkulosekranken verneint werden: es unterliegt für den Verfasser keinem Zweifel, dafs die kleinen Lymphocyten im Entzündungsgewebe nicht hämatogenen Ursprungs sind. Auf diese Weise wird auch die Theorie von MARSCHALKO über die hämatogene Entstehung der Plasmazellen aus den kleinen Lymphocyten ebenfalls negiert.

Behufs Untersuchung der Frage über die Entstehung der Plasmazellen aus den fixen Bindegewebszellen wurden zahlreiche Fälle von Carcinom eingehend untersucht. Verfasser fand dabei Formen, die als Zwischenstufen zwischen den fixen Bindegewebszellen und den Plasmazellen zu deuten waren. Unter dem Einflufs der Toxine quellen die fixen Bindegewebszellen auf; der Kern vergröfsert sich wesentlich, und es entstehen in demselben ein bis zwei Kernkörperchen, die sich mit Pyronin rosa färben; das Chromatin wird vermehrt, der Kern nimmt allmählich eine eiförmige, dann kugelige Gestalt an, mit Chromatin in Form von kleinen Kernchen an der Peripherie. Die Zahl der Chromatinkernchen wächst in der Regel bis zu sieben; in einzelnen Zellen aber bilden sich nur fünf Chromatinkernchen an der Peripherie. Auch das Protoplasma erleidet verschiedene Metamorphosen: der Zellenleib schrumpft und nimmt die Form eines unregelmäfsig ausgezogenen Vierecks mit einem gewöhnlich zentralen Kern an. Gleichzeitig kommen wahrscheinlich Veränderungen der chemisch-physikalischen Eigenschaften des Protoplasmas zustande, die Änderungen im Färbungsvermögen der einzelnen Zellteile bedingen. — Die so modifizierten Zellen erscheinen anfangs homogen, erst später bildet sich die Plasmazellenkörnung, die nach Verfasser als Ausdruck eingetretener Degeneration aufzufassen ist, da gleichzeitig im Protoplasma kleine Vakuolen entstehen. — An der Hand mehrerer Abbildungen beschreibt dann Verfasser die verschiedenen Metamorphosen, die die Plasmazellen im weiteren Verlaufe erleiden und die zur Degeneration und Vermehrung derselben führen. — Die Zellen, die das kleinzellige Infiltrat bilden und die für kleine Lymphocyten an-

genommen werden, sind nach Verfassers Beobachtungen gewifs keine Lymphocyten, sondern durch Toxineinwirkung entsprechend modifizierte kleine Plasmazellen. — Das weitere Schicksal der Plasmazellen kann nach Verfasser dreierlei werden: entweder gehen sie in fixe Bindegewebszellen über, oder werden sie in epitheloide Zellen umgewandelt, oder endlich übernehmen sie die Rolle der Phagocyten. Es scheint dabei, dafs die letzten dann in fixe Bindegewebszellen übergehen können, wogegen die epitheloiden Zellen schliefslich einer Nekrose anheimfallen.

1907. Nr. 2.

1. **Zwei Fälle von Xeroderma pigmentosum Kaposi**, von Roman Leszczynski. Eingehende Beschreibung des klinischen Verlaufes von zwei Fällen von Xeroderma pigmentosum, die an der dermatologischen Klinik von Lukasiewicz in Lemberg während einiger Jahre beobachtet wurden. Die Fälle betreffen zwei Brüder, deren einer im 27. und zweiter im 10. Jahre steht. Die krankhaften Erscheinungen traten beim älteren Patienten angeblich zuerst im vierten Lebensjahre, beim jüngeren im ersten auf. Aus der ausführlichen Anamnese seien noch folgende Momente hervorgehoben: Die Eltern der Patienten, Juden, waren blutsverwandt; unter ihren zehn Kindern waren drei Söhne; die sieben Töchter waren frei von der Affektion, von den Söhnen ist der mittlere gesund geblieben. Im Verlaufe beider Fälle traten sämtliche für Xeroderma pigmentosum charakteristische Erscheinungen in typischer Weise auf. Beim jüngeren Patienten begann die Erkrankung während des Frühlings mit einem Erythem beider Wangen, dem nach zwei bis drei Monaten die ersten braunen Flecke folgten: gleichzeitig fiel der Umgebung (dem bereits kranken älteren Bruder) die dünne, alabasterweifse Haut auf. Der Verlauf der Veränderungen war ein durchaus typischer: Pigmentationen, die den Ephelides, Lentigines und Naevi pigmentosi glichen, dann atrophische Narben, neben ihnen Teleangiektasien und Naevi vasculosi. Die ältesten und eo ipso am besten entwickelten Veränderungen sind in beiden Fällen am deutlichsten im Gesicht ausgesprochen: beim älteren Kranken finden wir hier eine am meisten gespannte, atrophische Narbe, beim jüngeren eine weifse Narbe, die sonst noch nirgends sichtbar ist. Am Halse sieht man die deutlichsten Veränderungen am Nacken, weniger deutlich sind die an den Seiten, noch weniger vorne entwickelt. Unter dem Kinne sind die Veränderungen am wenigsten entwickelt, was Verfasser dem Mangel der direkten Sonnenlichteinwirkung zuschreibt. Auch die Reihenfolge der Entwicklung der Veränderungen an einzelnen Hautstellen am Thorax und Extremitäten entspricht der mehr oder weniger intensiven Einwirkung der Sonnenstrahlen. Die Pigmentationen am Gliede und am Skrotum sind nicht mehr ausgesprochen wie die an den Oberschenkeln. Die Schleimhäute und die Bindehäute sind frei von Pigmentationen; dafür aber sind ziemlich weitgehende Vernarbungen an den Bindehäuten vorhanden, die auf die Hornhäute greifen; auch die Ektasien sind hier deutlich ausgesprochen. — Am Übergang des Bindehautrandes des rechten Auges in den Canthus internus fand sich beim jüngeren Patienten eine über erbsengrofse gestielte Neubildung, die exzidiert und nach Formalineinbettung histologisch untersucht wurde. Der Bau derselben entsprach einerseits einem Angiom, andererseits einem Papillom mit chronisch entzündlichen Vorgängen, die zu Plasmazelleninfiltraten und zur Bildung von Granulationsgewebe verschiedenen Stadiums führten.

Der Prozefs schreitet in beiden Fällen — wenn auch langsam — stets weiter fort. Das Stadium der Neubildung ist bei beiden Brüdern bis jetzt auf Bildung blutender weicher Papillome beschränkt, die keinen malignen Charakter besitzen, nach Exzision nicht rezidivieren, ja teilweise von selbst abfallen. Epitheliale Wucherungen, Kankroide oder Carcinome wurden bis jetzt nicht beobachtet. Beide Fälle wurden monatelang mit Arsen behandelt.

2. **Spirochaeta pallida in tertiärer Syphilis**, von FELIX MALINOWSKI. (Vorläufige Mitteilung.) Eine 18jährige Prostituierte, die vor vier Jahren an spitzen Kondylomen und einem wenig beachteten Geschwür am Genitale gelitten hat, erschien beim Verfasser mit mehreren exulcerierten Gummis am linken Unterschenkel und je einem geschlossenen am rechten Knie und an der rechten Gesäſshälfte; nebenbei war eine entzündliche Beinhautentzündung des rechten Unterschenkels vorhanden. Die sofort eingeleitete Jodquecksilberkur wurde von Erfolg begleitet. Das Sekret der Gummata wurde mit Gentianaviolett und nach GIEMSA gefärbt, und Verfasser fand darin spärliche, aber deutlich zu zwei Typen gehörende Spirochätenarten: 1. kurze, mit drei bis fünf tiefen Windungen, mit spitzen, nicht besonders langen Enden, und 2. längere, besser als die ersten färbbare, mit mehreren steilen, sehr spitz auslaufenden Windungen. Übergangsformen wurden nicht beobachtet. Auſserdem fand Verfasser viele Körner und kurze Stäbchen, die sich ähnlich, aber etwas lebhafter als die Spirochäten färbten. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Bd. X. 1905.

I. **Ein Fall von Sarcoma multiplex**, welches sich aus einer primären Hautgeschwulst entwickelte, von TERBINSKI.

Mikroskopisch wurde der Fall gekennzeichnet durch eine Infiltration im Corium, welche sich längs den Gefäſsen weiter verbreitet hatte und in das umgebende Gewebe hinübergriff. Die elastischen Fasern fanden sich dort, wo das fibrilläre Gewebe noch erhalten geblieben war. Mastzellen konnten nicht nur in den zentralen, sondern auch in den peripheren Partien nachgewiesen werden.

II. **Xeroderma pigmentosum KAPOSI s. Carcinomatose épithéliale**, von KUDISCH. Die Krankheit wird bei dem 18jährigen, jungen Mann charakterisiert durch Pigmentflecke, Trockenheit der Haut und Neubildungen, also die für ein Xeroderma pigmentosum sprechenden Merkmale. Das Leiden soll bei ihm seit dem zweiten Lebensjahr bestehen.

III. **Ein Fall von Ichthyosis hystrix striata bullosa**, von SMIRJAGIN. Beschreibung eines Ichthyosisfalles, welcher durch das Auftreten von pemphigoiden Blasen dem von SELENEW beschriebenen Fall sehr ähnelt, von dem er sich nur durch das Vorkommen warzenartiger Gebilde unterscheidet.

IV. **Ein Fall von Pemphigus chr. familiaris s. Epidermolysis bullosa hereditaria**, von BARANNIKOW. Von Interesse ist, daſs, nach Angabe der Mutter des Kindes mit der KÖBNERschen Krankheit, noch zwei andere ihrer Kinder, sie selbst, alle ihre Schwestern, ihre Mutter und Groſsmutter an demselben Leiden laboriert haben.

V. **Ichthyosis hystrix diffusa**, von ENDOKIMOW. Als Besonderheit dieses, ein 17jähriges Mädchen betreffenden Falles ist zu erwähnen, daſs die Ichthyosis auch auf den Handtellern, Fuſssohlen und Brustwarzen deutlich und im Gesicht und auf den Schamlippen leicht angedeutet war.

VI. **Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutis**, von BERGER. Bei einem 14jährigen, aus gesunder Familie stammenden Mädchen fand sich auf dem rechten Handrücken ein Herd von Impftuberkulose, den sie wahrscheinlich beim Abziehen von Fellen bekommen hat, wobei sie ihrem Vater behilflich ist.

VII. **Drei Fälle extragenitaler syphilitischer Infektion**, von MIROPOLSKI. Die vom Verfasser in einem Landschaftshospital beobachteten drei extragenitalen Schanker betrafen in je einem Fall die linke Mandel, den linken Nasenflügel und die Oberlippe.

VIII. **Drei Fälle extragenitaler harter Schanker**, von Djatschkow. In dem einen Fall handelte es sich um einen harten Schanker auf der linken Wange, in dem andern auf dem rechten Zeigefinger, in dem dritten auf dem Abdomen, wobei aber gleichzeitig in diesem Fall noch drei Schanker auf dem Gliede bestanden.

IX. **Ein Fall von hartem Oberlippenschanker,** von Lomowitzki.

X. **Seltener Fall extragenitaler syphilitischer Infektion,** von Markow. Sitz des harten Schankers auf der Brust, entsprechend dem M. pestoralis major.

XI. **Zur Kasuistik der extragenitalen Schanker.** Ein nicht durch geschlechtlichen Verkehr acquirierter Schanker auf dem Penis von Rothmann.

Der 40jährige Patient behauptete, seit einem Jahr keinen geschlechtlichen Verkehr gehabt zu haben.

XII. **Drei Fälle von ausgedehnten gummösen Zerstörungen auf dem Gliede**, von Sobinski. Beschreibung von drei Krankheitsfällen, wo durch den gummös-phagedänischen Prozefs ganz aufserordentliche Verstümmelungen des Penis gesetzt werden, denen erst durch eine kombinierte Behandlung mit Jodkalium und Zittmannschem Decoct Einhalt geboten wurde.

XIII. **Zweite Mitteilung über die Syphilisspirochäte,** von Prof. Selenew. Nach genauer Angabe der einschlägigen Literatur berichtet Verfasser über seine eigenen, bei 76 Syphilitikern und 25 Nichtsyphilitikern angestellten Untersuchungen auf Spirochaeta pallida. Dieselben ergaben bei 76 verschiedenen syphilitischen Produkten 14 mal ein positives Resultat und bei 25 nichtsyphilitischen Fällen dreimal ein zweifelhaftes Resultat, nämlich in je einem Fall von Carcinom, Erythema exsudativum und Lupus vulgaris. In Blut von Syphilitischen wurde keine Spirochäte gefunden. Auf Grund aller dieser Untersuchungen, wie auch derjenigen aus der Literatur, spricht Verfasser in dieser Arbeit sich zum Schlufs dahin aus, dafs man sich zunächst einer entschiedenen Ansicht über die Rolle der Spirochaeta pallida bei der Syphilis noch enthalten mufs.

XIV. **Über die Syphilis des Gehirns,** von Dedjurin. Die vom Verfasser beobachteten Fälle von Syphilis des zentralen Nervensystems traten zu sehr verschiedenen Zeitmomenten ein, so in zwei Fällen in dem ersten Jahr, und in je einem im zweiten und im dritten Jahr nach der Infektion. In allen Fällen hatte es sich bei den Kranken um leichte sekundäre Erscheinungen gehandelt, aber andererseits hatten sich dennoch alle Kranken akkurat und systematisch behandeln lassen.

XV. **Zur Frage der Hautveränderungen bei der Syphilis,** von Hefter. Die bei vier Fällen von Syphilis latenta angestellten mikroskopischen Untersuchungen der Haut ergaben folgenden Befund: Die Hornschicht ist nicht verändert; wenn auch im Vergleich zur normalen Haut der Unterschied zu konstatieren ist, dafs sie bei Osmiumsäurefärbung sich nicht in drei Schichten, sondern nur in einer präsentiert. Das Stratum granulosum erweist sich gleichfalls nicht verändert. Das Stratum papillare dagegen ist leicht verbreitert und infiltriert. Die Infiltrationsherde sind teils zerstreut, teils gruppiert. Sie finden sich auch im Stratum subpapillare. Die Zellen sind meist rund und mit einem grofsen Kern versehen, es kommen aber auch Spindelzellen vor. Bei den Gefäfsen ist das Endothel verändert, indem die Endothelzellen gequollen sind. Nach Ansicht des Verfassers findet man bei anscheinend ganz gesunden Syphilitikern, sogar ein Jahr nach dem letzten Hautausschlag, derartige Erscheinungen, welche bei normaler Haut nicht vorkommen.

XVI **Ein Fall von Pseudoleukämie auf syphilitischer Grundlage**, von Smirjagin. Die Pseudoleukämie in dem beschriebenen Fall entwickelte sich sechs Jahre nach der syphilitischen Infektion und besserte sich unter einer spezifischen Kur.

XVII. **Carcinom der Nase auf syphilitischer Basis**, von SMIRJAGIN. Bei einem 45jährigen Patienten entwickelte sich ein Jahr nach glücklich unter einer spezifischen Kur vernarbten Geschwür, an der Stelle der Narbe ein neues, welches die Weichteile der rechten Nasenhälfte völlig zerfraſs und mikroskopisch die Zeichen eines Cancroids aufwies. Unter neuer spezifischer Kur verkleinerte sich das Ulcus so weit, daſs die chirurgische Behandlung erleichtert wurde.

XVIII. **Zur Frage der Syphilisbehandlung mit Hg-Einspritzungen,** von POLTAWZEW. Warme Empfehlung des Hydr. bibromatum zur subcutanen Injektion.

XIX. **Ein Fall von Tendovaginitis blennorrhoica multiplex**, von DEDJURIN. Bei einem 20jährigen Patienten entwickelte sich 14 Tage nach Beginn des Trippers eine unter Fieber einhergehende, schmerzhafte Schwellung folgender Muskeln und Sehnen: des M. quadriceps, gracilis, sartorius, gastrocnemius und der ACHILLESschen auf der rechten Seite wie des M. quadriceps auf der linken Seite; ferner der Sehnen des M. extensor digitus comm. longus et m. extensor hallucis, endlich des rechten M. triceps und biceps und des linken M. deltoideus.

XX. **Über die blennorrhoische Entzündung der Gelenke,** von DEDJURIN. Unter den neun vom Verfasser beobachteten Fällen von blennorrhoischer Gelenkentzündung entwickelte sich diese viermal im Laufe der ersten drei Wochen, dreimal in der vierten Woche, einmal in der fünften und einmal nach 2½ Monaten. Am häufigsten, nämlich in sieben dieser Fälle, war das Kniegelenk betroffen, nächstdem das Sprunggelenk, weiter die Interphalangealgelenke usw. Zwei der beobachteten Fälle wurden noch durch Ischias und einer durch das Auftreten eines Erythems kompliziert. In einem Fall gelang der Nachweis von gonokokkenähnlichen Diplokokken im Gelenkexsudat.

XXI. **Ein eigenartiger Verband beim akuten Tripper,** von SCHNITTKIND. Der Patient hatte sich durch Vereinigung eines Condoms mit dem Suspensorium durch einen Fischbeinring einen eigenartigen Schutzverband hergestellt.

XXII. **In Anlaſs der Bemerkung von POEHL über die FLORENCEsche Reaktion,** von BOCARIUS. In einer längeren Arbeit sucht Verfasser nochmals zu beweisen, daſs die FLORENCEschen Krystalle nicht durch Spermin, sondern meistenteils und so auch bei der Samenflüssigkeit durch Cholin veranlaſst werden.

Bd. XI. 1906.

I. **Zur Frage des multiplen benignen Sarkoids der Haut (BOECK), benignes Miliarlupoid,** von TERESINSKI. Die Schluſsfolgerungen des Autors lauten:

1. Die Aufstellung einer besonderen Gruppe „sarkoider Geschwülste" oder „der Sarkoide", zu welcher die Krankheiten von unbestimmtem pathologisch-anatomischem Charakter zu rechnen wären, erscheint augenblicklich wünschenswert.

2. Die sarkoiden Geschwülste vom BOECKschen Typus müssen zunächst, auf Grund ihrer unbestimmten pathologisch-anatomischen Charaktere zu den Sarkoiden von SPIEGLER und JOSEPH gerechnet werden, obgleich sie sich histologisch mit denselben nicht decken.

3. Die Veränderungen der Lymphdrüsen bei dieser Krankheit können im Allgemeinen denselben pathologisch-anatomischen Charakter haben, wie diejenigen der Haut. Es liegt aber kein genügender Grund vor, dieselben einzig durch Tuberkulose zu erklären.

4. Die klinische Beobachtung, wie die Untersuchungen, erlauben es nicht, die Hauterkrankung in ausschlieſsliche Abhängigkeit von der Drüsenerkrankung zu setzen, welche nach BOECK gleichsam das erregende Agens enthalten soll.

5. Es gelingt gröſstenteils zwar durch Arsenik, die Entwicklung neuer Knoten zu verhüten, aber der Allgemeinzustand und die Lebensbedingungen spielen eine

nicht zu unterschätzende Rolle. Schlechtere Lebensbedingungen können trotz Arsenik eine Verschlimmerung des Krankheitsprozesses veranlassen. Das mufs bei der Behandlung im Auge behalten werden.

II. **Echinococcus der Orbita,** von Prof. Barabaschew. Zu seinen zwei, bereits früher publizierten Fällen von Echinococcus der Orbita fügt Verfasser einen dritten, gleichfalls von ihm in der Charkower Augenklinik beobachteten Fall hinzu, welcher einen 24jährigen Bauer betraf. Als Besonderheiten dieses Falles werden angeführt: die feste Verwachsung der Kapsel mit dem Bulbus, der fieberlose Verlauf nach der Operation, die schnelle Verheilung der Operationswunde und das negative Ergebnis der chemischen Untersuchung bei positivem mikroskopischem Befunde.

III. **Die negativen Seiten der Radiumtherapie — lokale und entfernte neoplastische Adenopathie,** von Boikow. Bericht über die erfolgreiche Behandlung eines Ulcus rodens der rechten Wange, bei einer 28jährigen Frau, mit Radiumbromid, wobei aber als unangenehme Nebenerscheinung eine allmählich immer mehr und mehr zunehmende Schwellung der Hals-, Axillar- und Cubitaldrüsen rechterseits auftrat. Da die Anamnese Verdacht auf Lues erlaubte, wurde nun eine spezifische Kur eingeleitet, unter welcher die Drüsen allmählich zurückgingen. Die Drüsenschwellung glaubt Verfasser durch Lues erklären zu müssen.

IV. **Ein Fall von Pemphigus vulgaris,** von Kissel.

V. **Drei Fälle von Xeroderma pigmentosum in einer Familie,** von Kudisch. Im vorigen Bande der russischen Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten berichtete Verfasser über ein Glied dieser Familie, hier über zwei andere, welche auch Xeroderma pigmentosum hatten und von denen das eine an Carcinom zu grunde ging. Im ganzen besteht die Familie aus neun Kindern.

VI. **Ein Fall von cerebrospinaler Syphilis im sekundären Stadium,** von Didrichson. Der 24jährige Patient erkrankte 2½ Monate nach Auftreten des harten Schankers an Erscheinungen cerebrospinaler Lues.

VII. **Zur Kasuistik der galoppierenden malignen Syphilis,** von Egorow. Der 33jährige Patient mit Syphilis tertiaria praecox stammt von einem trunksüchtigen Vater ab, war selbst Alkoholist und aufserdem noch durch Malaria geschwächt.

VIII. **Ein Fall von vielfacher Rupia syphilitica profunda,** von Tscherkasski. Bei dem 22jährigen Patienten fanden sich etwa 200, über den ganzen Körper verbreitete, tiefgreifende, eiternde Effloreszenzen.

IX. **Ein Fall von Syphilis hereditaria mit Beteiligung des Nebenhodens, (sekundäre Epididymitis),** von Kudisch. Bei einem mit Erscheinungen von hereditärer Lues (Exanthema papulosum) geborenen Kinde entwickelte sich 1½ Monate nach der Geburt eine linksseitige Epididymitis, welche Verfasser als luetische auffafst, da einerseits keine Erscheinungen von Tripper vorlagen und andererseits die Nebenhodenentzündung unter innerem Gebrauch von Kalomel schwand.

X. **Ein Fall von partiellem Ergrauen der Kopfhaare bei einem Syphilitiker,** von Terebinski. Bei einem 39jährigen Mann, welcher mit 22 Jahren sich luetisch infiziert hatte, entwickelte sich anscheinend als Folge eines im 38. Lebensjahr aufgetretenen tuberkulo-syphilitischen Herdes auf dem Haarwirbel eine völlig ergraute Stelle der Haare, welche sich vom Scheitel nach links 34 mm, nach rechts 57 mm und nach unten 54 mm weit ausdehnte. Obgleich diese Ergrauung in die Zeit fällt, wo auch sonst das Ergrauen seinen Anfang nimmt, glaubt Verfasser doch in diesem Fall der Lues eine wesentliche Rolle zuschreiben zu müssen.

XI. **Ein Fall von universellem syphilitischem Leukoderma,** von Poltawzew. Das Leucoderma syphiliticum fand sich bei dem 26jährigen Mann auf Hals, Brust und Rücken.

XII. **Zur Kasuistik der hereditären Syphilis**, von Poltawzew. Bei einem 14jährigen Knaben mit Resten hereditärer Lues (Infantilismus, Keratitis parenchymatosa, Taubheit, Deformität der Zähne und des Schädels) trat ein tuberkulöses Syphilid auf der Oberlippe und Nase auf.

XIII. **Eine Reihe von Tripperfällen bei Kindern (Blennorrhoea insontium)**, von Kudisch. Beschreibung von vier Fällen von Tripper bei Kindern (ein Knabe und drei Mädchen) im Alter von ein bis fünf Jahren.

XIV. **Dehner und Spüldehner bei Behandlung der Urethritis**, von Berger. Eine literarische Betrachtung.

XV. **Zur Behandlung der Strikturen der Urethra**, von H. Wossidlo-Berlin. Eine kurze Betrachtung über die Strikturbehandlung für den Nichtspezialisten.

Juli 1906.

I. **Ein Fall von knotiger Lepra (Lepra tuberosa)**, von Kudisch-Kiew. Zu den bisher neun, im Kiewschen Gouvernement beobachteten Leprafällen fügt Verfasser einen neuen, den zehnten, hinzu, der einen 30jährigen Ackerbauer betrifft, welcher nie aus dem Kiewschen Gouvernement herausgekommen ist. Nach Angabe des Patienten hat die Krankheit bei ihm vor fünf Jahren mit häufigem Nasenbluten begonnen. Wie die Infektion zu stande gekommen ist, blieb unaufgeklärt.

II. **Materialien zur Lehre von dem frühzeitigen oberflächlichen Ecthyma syphiliticum**, von Terebinski, aus der Klinik von Prof. Pawlow. Auf Grund einer sehr fleifsigen Literaturübersicht über das Ecthyma syphiliticum superficiale kommt Verfasser im ersten Teil seiner Arbeit zu dem Schlufs, dafs es durch verschiedene pyogene Mikroorganismen hervorgerufen wird bei Voraussetzung besonderer, im Organismus des Kranken selbst liegender Bedingungen. Ob das Ecthyma, wie Leloir und Vidal annehmen, auch durch eine aseptische Entzündung, veranlafst durch reizende Substanzen, zu stande kommen kann, bleibt noch eine offene Frage. Unzweifelhaft ist nur, dafs das Ecthyma, welches sowohl inokuliert werden, als auch durch Autoinokulation sich weiter verbreiten kann, nach den Untersuchungen von Laskoranskaja auf Mikrobien beruht, obgleich weder der Krankheitserreger, noch die Art seines Eindringens in den Organismus, noch seine weitere Entwicklung genau festgestellt sind.

III. **Ein Fall völliger Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand syphilitischen Ursprungs**, von Wolfsohn-Wilna. Der Fall betrifft eine 33jährige, ledige Bäuerin, welche ihrer Angabe gemäfs im 17. oder 18. Lebensjahr von einer fieberhaften Krankheit mit Halsschmerz und Heiserkeit befallen wurde, an die sich ein jahrelanges Kranksein anschlofs, ohne dafs sie aber ärztliche Hilfe aufsuchte. Bei Untersuchung der Kranken zeigte sich, dafs der weiche Gaumen unmittelbar auf die hintere Rachenwand übergeht und dafs von einer Uvala nichts mehr zu erkennen ist. An der Stelle des Überganges findet sich eine strahlenförmige Narbe, welche den weichen Gaumen mit der hinteren Rachenwand verbindet, wobei die Verwachsung eine vollkommene ist. Weder ein Spalt, noch eine Öffnung ist nachzuweisen. Die Kranke hält den Mund stets offen und bekommt beim Versuch, ihn zu schliefsen, sofort einen Stickanfall.

IV. **Ein Fall von seltener Steinbildung in der Harnblase**, von E. Frank-Berlin. Es handelt sich um Phosphatinkrustationen um ein 6 cm langes Stück Gummischlauch.

V. **Ein gewöhnliches Stativ für Cystoskopie, Urethroskopie und analoge Instrumente**, von E. Frank-Berlin. Beschreibung des Frankschen Stativs.

August 1906.

I. **Pemphigus vulgaris benignus**, von KUDISCH-Kiew. Eine 22jährige Frau erkrankte zwei Wochen nach einer Geburt an einem Pemphigus universalis, der unter Ung. WILSONI, Zinkpuder und innerem Gebrauch von Chinin. brom. verschwand.

II. **Ein Fall von Psoriasis universalis auf nervöser Grundlage**, von TSCHERBAKOW. Bei einer 30jährigen, nervösen und gleichzeitig an arthritischer Diathese leidenden Armenierin trat im Anschluſs an eine heftige Nervenerschütterung ein allgemeiner Psoriasisausbruch auf, den Verfasser in Abhängigkeit von der ersteren bringt.

III. **Materialien zur Lehre von dem frühzeitigen oberflächlichen Ecthyma syphiliticum**, von TEREBINSKI. (Fortsetzung.) In diesem beginnenden zweiten, experimentellen Teil kommt Verfasser auf seine mikroskopischen Untersuchungen zu sprechen, welche er an Präparaten von verschiedenen Stadien der Ecthyma, gewonnen durch Biopsie bei vier Kranken, angestellt hat. Auſserdem hat er zum Vergleich noch untersucht: syphilitische Narben, ferner je einen Fall von Varicella syphilitica, Acne syphilitica und von papulo-pustulöser Syphilis. Die Härtung aller dieser Präparate geschah teils in ZENKERscher Lösung, teils in Alkohol, teils in PODWYSSOTZKIscher Flüssigkeit und in 10% Formalin. Zur Färbung benutzte er alle mehr oder weniger gebräuchlichen Mittel.

IV. **Ein Fall von urethralem Defekt infolge von phagedänischem Schanker**, von E. FRANK-Berlin. Beschreibung eines ungemein schwer verlaufenen Falles von phagedänischem Schanker, der zu Defekt des Corpus cavernosum dextrum, wie eines Teiles der urethralen Wand führte, aber schlieſslich nach völliger Verheilung und späterer Transplantation ganz glücklich ablief. Hier, wie in einem andern ähnlichen Fall sieht Verfasser als Ursache des schweren Verlaufes ungenügende Incisionen der stark ausgeprägten Paraphimose an.

September 1906.

Merkurielle Gürtelrose (Herpes zoster), von Prof. SELENEW. Beschreibung zweier Fälle von Gürtelrose im Gebiet des oberen Teiles des linken N. ischiadicus. Die zweite Beobachtung wird dadurch besonders interessant, daſs der regionäre Zoster bei erneuter Kur nochmals auftrat, jedoch in leichterer Form, so daſs die Einspritzungen fortgesetzt werden konnten. *Artur Jordan-Moskau.*

Bücherbesprechungen.

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Teil II. Geschlechtskrankheiten, von E. LESSER-Berlin. 12. Aufl. (F. C. W. Vogel, Leipzig, 1906.) Diese neuste, umgearbeitete Auflage des trefflichen und weit verbreiteten Lehrbuchs unterscheidet sich von seinen Vorgängern in erster Linie natürlich durch die Heranziehung der SCHAUDINN-HOFFMANNschen Entdeckung der Spirochaeta pallida als ätiologisches Moment der Syphilis. An einer farbigen Tafel werden die Spirillen, wie sie sich im Ausstrich von nässenden Papeln, im Primäraffekt und in der Lunge von hereditär-syphilitischen Kindern präsentieren, dem Studierenden vorgeführt. Auch sind die nötigen Färbemethoden angegeben. Wenn auch die ätiologische Bedeutung dieser Entdeckung für alle Forscher — auſser vielleicht noch für einige hyperskeptische Gemüter — als feststehend gilt, so ist es, wie L. auch hervorhebt, — doch

nicht angebracht, schon jetzt das ganze Gebiet von diesem einen Gesichtspunkte aus bearbeiten und beurteilen zu wollen. Demgemäfs bildet in der hier gegebenen Darstellung der Spirochätenbefund gleichsam mehr eine Ergänzung und Bestätigung der durch die sonstige wissenschaftliche Beobachtung festgestellten Verhältnisse. Zur Geschichte der Syphilis ist es von Interesse zu konstatieren, dafs Verfasser es als so gut wie sicher ansieht, dafs dies Leiden erst aus Amerika durch die Begleiter des Columbus nach Europa eingeführt wurde, womit diese früher ziemlich allgemein verbreitete Ansicht (Lord Byron zitiert sie als eine bekannte Tatsache) wieder zu Recht eingesetzt wird. Eine sehr wertvolle Beigabe sind die (im ganzen zehn) farbigen Tafeln. Der Studierende, welcher sich diese Bilder gut eingeprägt hat, dürfte es sehr leicht finden, die betreffenden Affektionen, wenn sie ihm in vivo begegnen, zu erkennen. Zweifellos wird das Werk in seiner neuen Gestalt noch viele neue Freunde zu den alten hinzu sich erwerben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Atlas und Grundrifs der Bakteriologie und Lehrbuch der speziellen bakteriologischen Diagnostik, von Prof. Dr. K. B. Lehmann-Würzburg und Dr. med. et phil. Neumann-Heidelberg. Vierte umgearbeitete und vermehrte Auflage. Preis komplett 18 Mk. (Band X von Lehmanns Medizinischen Handatlanten.) (J. F. Lehmann, München, 1907.) Von dem bekannten Atlas der Bakteriologie der beiden Verfasser liegt heute die vierte Auflage vor, welche das grofse und mannigfaltige Gebiet der heutigen Bakterienlehre in erschöpfender und übersichtlicher Weise beleuchtet. Auf 79 Tafeln sind die kolorierten Wiedergaben der vielen Bazillen, Kokken, Vibrionen, Amöben und Spirochäten untergebracht. Eine Reihe von diagnostischen Tafeln zur Beurteilung von Kolonien und mikroskopischen Bildern, der Wachstumformen auf den verschiedenen Nährböden, machen den Anfang der Abbildungen. Es folgen dann der Reihe nach die einzelnen Keimarten, beginnend mit dem Streptococcus pyogenes. In der Regel sind Gelatinestichkulturen und Gelatineplattenkulturen der betreffenden Bakterienform zu verschiedenen Perioden dargestellt, danach Agarplatten-, Kartoffel- und andere Kulturen an diesem und jenem Tage, mikroskopische Präparate, eventuell Reinkulturen, Geifselformationen usw. Auch die verschiedenen Färbemethoden finden Erwähnung. Der Atlas ist für Fachbakteriologen wie für die praktischen Ärzte in gleicher Weise ein wertvolles Nachschlagebuch.

Hopf-Dresden.

Vom Wesen der Liebe. Eine wissenschaftliche Untersuchung, von Magnus Hirschfeld. (Max Spohr, Leipzig.) An der bedeutsamen Naturerscheinung der Liebe ist die Naturforschung merkwürdigerweise die langen Jahrtausende achtlos vorübergegangen, so sehr sich mit diesem Gegenstande auch die Kunst beschäftigt hat. Neuerdings zergliedert die Wissenschaft auch dies Gebiet des Lebens. Verfasser beschreitet diese Pfade auch im vorliegenden Buche und teilt seinen Stoff in folgende Kapitel: Die grofse Liebesleidenschaft; Geschlechtstrieb und Geschlechtsverkehr; Die Stadien der Liebe; Die relative Konstanz des Geschlechtstriebes; Zur Theorie und Geschichte der Bisexualität; Über Teilanziehung.

Der Geschlechtsakt ist keineswegs immer der Ausdruck des Geschlechtstriebes. Die Erfüllung der sogenannten „ehelichen Pflicht“ durch viele Ehefrauen und die gewerbsmäfsige Ausübung des Aktes durch die Prostituierten sprechen hierfür deutlich genug. Wird beim Akte irgendeine Absicht oder ein Zweck verfolgt, so kann er für die Richtung des Triebes nicht mehr als beweisend angesehen werden. Der Mann ist oft trotz des besten Willens nicht in der Lage, den Geschlechtsakt zu vollziehen, bei der Frau ist die Ausführung des Aktes vom Willen viel abhängiger. Aber auch beim Manne ist es nicht immer der Geschlechtstrieb, der ihn zur Kopulation führt. Das zur Erweiterung der Schwellkörper anregende Zentrum liegt beim Menschen im

Rückenmark und zwar im Sakralteil desselben, das Ejakulationszentrum im Lumbalteil der Medulla. Die im Alter eintretende Prostatahypertrophie vermag die erigierenden Nerven zu reizen, auch urethrale Entzündungen können erigierend wirken, nächtliches Sichfüllen der Harnblase bewirkt das gleiche — und dabei ist doch von Geschlechtstrieb keine Rede. So erzählt Hirschfeld das Beispiel eines verheirateten Homosexuellen, dessen sämtliche sieben Kinder nur den morgendlichen, durch Füllung der Blase hervorgerufenen Erektionen ihre Entstehung verdanken. Die erigierende Wirkung mancher Pflanzenarten (Sellerie, Spargel, Kanthariden) beruhen wohl auf der vermehrten Diurese, das gleiche gilt wohl auch für den Alkohol. So kann mancher Homosexuelle unter Alkoholwirkung auch mit dem anderen Geschlecht, mancher Heterosexuelle mit dem gleichen Geschlechte Verkehr pflegen. Reflektorische, mit Geschlechtstrieb nichts zu tun habende Erektionen werden zuweilen auch durch Blasensteine und -Geschwülste ausgelöst. Auch andere äufserlich gelegene Ursachen, wie Hautkrankheiten, Mastdarmprozesse kommen in dieser Richtung in Frage. Selbst Masturbationen durch die eigene oder fremde Hand braucht auf die Richtung des zentralen, davon ganz unabhängigen Geschlechtstriebes keinen Einflufs auszuüben. Die Ursachen des Sexualtriebes liegen viel tiefer. Er kann noch erhalten sein, wenn durch Zerstörung der medullären Zentren eine Ausführung des Geschlechtsaktes schon unmöglich geworden ist oder keine Fortpflanzungszellen mehr bestehen. Verfasser erwähnt den Fall eines Soldaten, der sich wegen Notzucht verantworten sollte und sich der Strafe durch Erhängen entzog, der aber bei der Sektion keine Hoden aufwies. Auch die Menopause der Frau bringt keineswegs den Geschlechtstrieb zum Schwinden. Kastration nach eingetretener Reife hebt ebenfalls die Potenz nicht oder nur wenig auf. Dafs Geschlechtstrieb und Erregung von einander unabhängig sind, beweist ferner auch die Tatsache, dafs die Reizung der Leitungsbahnen zwischen Gehirn und Rückenmarkszentrum Samenentleerungen erzeugen kann, wie Tierversuche beweisen. Bei Menschen lassen sich solche Versuche nicht anstellen. Dafür beobachtete man aber in den Kleidungsstücken Erhängter und Geköpfter frische Samenergüsse. Der sexuelle Akt selbst beweist noch nichts für die Richtung des sexuellen Triebes. Die Möglichkeit, mit beiden Geschlechtern zu verkehren, erlaubt noch nicht den Schlufs auf wirkliche bisexuelle Veranlagung. Hier kann nur das Verhalten vor, während und nach dem Akte mafsgebend sein. Ist der eigentliche Trieb beteiligt, so tritt die Bedeutung des Vor- und Nachspiels in ihre Rechte. Es entspricht das Objekt der Betätigung dem Objekt des Triebes um so mehr, je geringer die Summe der von dem Objekt ausgehenden Reize ist, welche genügt, um die für den Akt erforderliche Erregung hervorzurufen. Die Summe der erforderlichen Sinnesreize ist dem Geschlechtstrieb umgekehrt, der Grad der Aktivität ist der Anziehungskraft des Objektes direkt proportional.

Hopf-Dresden.

Vorlesungen über Geschlechtstrieb und gesamtes Geschlechtsleben des Menschen, von Hermann Rohleder-Leipzig. (H. Kornfeld, Berlin, 1907.) Vor uns liegt der erste Band dieses umfangreichen Werkes in der zweiten Auflage. Er behandelt das normale, anormale und paradoxe Geschlechtsleben. Vor sieben Jahren war die erste Auflage der Vorlesungen erschienen und fand damals vielseitig Anklang. Die neue Auflage ist in jeder Beziehung verbessert und so hochgradig erweitert, dafs man meint, ein völlig neues Werk vor sich zu haben, zumal ganze Abschnitte neu hinzugekommen sind, was ja bei dem stets fortschreitenden Stand dieser Wissenschaft leicht erklärlich ist. Der Zweck des Werkes ist, in kurzer, präziser und wissenschaftlicher Darstellung den Sexualtrieb mit dem daraus entspringenden Sexualleben zu schildern, der Praktiker soll durch die Lektüre dieser Vorlesungen im stande

sein, sich ein eigenes Bild über das grofse Sexualgebiet zu bilden, und gibt der Autor daher in diesem Buche dem Arzte wissenschaftliche, prägnante, in sich abgeschlossene Bilder all jener sexuellen Zustände, deren Beurteilung für die Praxis von hohem Werte ist. Der erste Band selbst zerfällt in drei Teile:

I. Der normale und anormale Geschlechtstrieb.

II. Die normale und anormale Kohabitation.

III. Die natürliche, pathologische und künstliche Konzeption.

Im ersten Teil wird der normale Geschlechtstrieb, das Geschlechtsleben in der Ehe, die Hygiene des Geschlechtslebens in der Ehe (Hochzeitsreise, Flitterwochen, Puerperium), das Geschlechtsleben im aufsereheliehen Leben und seine Prophylaxe, die freie Liebe, Pubertät, Pollutionen, Menstruation, der fehlende oder mangelhafte Geschlechtstrieb und der paradoxe Geschlechtstrieb, die mangelnde Wollustempfindung (Dyspareunie), die sexuelle Abstinenz, die Hyperasthesia sexualis, die Masturbation, der Geschlechtstrieb beim Zwitter und der Geschlechtstrieb der Kastrierten behandelt.

Der zweite Teil spricht vom normalen Coitus, der Defloration, deren übermäfsigen natürlichen sexuellen Verkehr und seinen Folgen, dem Vaginismus, Klitorismus, Coitus interruptus, Neomalthusianismus (fakultative Sterilität), der abnormen Kohabitation durch pathologische Störungen und Hysterie usw.

Teil III handelt von der natürlichen Befruchtung, der Entstehung des Geschlechts beim Embryo und der geschlechtlichen Bestimmung des Embryo, ferner von der pathologischen Konzeption durch kranke Keimzellen oder durch abnorme Befruchtungsvorgänge bei gesunden Keimzellen. Der letzte grofse Abschnitt beschäftigt sich mit der künstlichen Befruchtung (Foecundatio artificialis). Hierbei schildert Verfasser die Indikationen dazu und die Ausführung der Operation.

Aus dieser kurzen Inhaltsangabe ist schon zu ersehen, wie eingehend das Buch sich mit allen Gebieten der Sexologie beschäftigt und wie viel des Interessanten jeder Arzt in dem 600 Seiten starken ersten Bande finden kann. Das Werk trägt den neuesten Forschungen und Ansichten in jeder Beziehung Rechnung, liest sich leicht und wird jedem ein angenehmes Nachschlagewerk sein. Möge bald auch der zweite Band in vermehrter und verbesserter Auflage erscheinen!

Bernhard Schulze-Kiel.

Riedel's Berichte. Ausgewählte Arbeiten aus den wissenschaftlichen Laboratorien der chemischen Fabriken von J. D. Riedel. (Berlin und Grünau. 51. Auflage, 1907.) Arbeiten über die neuen Anaesthetika Stovain, Alypin, Novokain, Experimentaluntersuchungen über Vanillinsäure und einige ihrer Derivate, die quantitative Bestimmung des Morphins im Tierkörper, speziell im Gehirn bilden den Hauptinhalt des diesjährigen Berichtes aus dem durch seine Spezialpräparate bestbekannten Laboratorium. Ein recht schätzenswerter Anhang der diesjährigen Berichte ist der Mentor für die Namen, Zusammensetzung, Eigenschaften und Anwendung neuerer Arzneimittel, Spezialitäten und wichtigerer technischer Produkte. *Stern-München.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Mifsbildungen.

Unsere bisherige Kenntnis der angeborenen Haarlosigkeit des Menschen nebst einem neuen Beitrage, von ALFONS SINGER. (Inaug.-Dissert. Erlangen 1906.) Der Verfasser bringt in der Einleitung seiner fleifsigen und wissenschaftlich wertvollen Arbeit einen Hinweis auf unsere ziemlich genaue Kenntnis der pathologischen Behaarung und die relativ spärliche Literatur und Kenntnis der (besonders angeborenen totalen) Atrichie. Er fährt dann mit einem Kapitel über die Entwicklung der Haare fort und erörtert die Störungen der normalen, entwicklungsgeschichtlichen Vorgänge als Ursache dieses Leidens (BETTMANNsches Schema).

A. Die Störung trifft den Foetus vor Anlage der Haarkeime.

Mögliche Folgen: 1. Völliges Unterbleiben der Haaranlagen.
2. Verspätung " "

B. Die Störung wirkt auf den Foetus während der Ausbildung der Primärhaare.

Mögliche Folgen: 1. Verzögerte Ausbildung der Primärhaare.
2. Definitive Unterbrechung der Ausbildung.
3. Dysplasie der Haarkeime.

C. Die Störung betrifft den fötalen Haarwechsel.

Mögliche Folgen: 1. Der Haarwechsel unterbleibt
a) mit Erhaltenbleiben des Primärhaares, eventuell mit Weiterwachsen desselben,
b) mit Untergang des Primärhaares.
2. Der Haarwechsel verzögert sich, d. h. das Lanugohaar fällt zur normalen Zeit oder später aus und das Sekundärhaar entwickelt sich abnorm spät.

Für angeborenen und später aufgetretenen Haarmangel stellt Verfasser folgendes übersichtliche Schema auf, das besonders die Nomenklatur berücksichtigt:

I. Angeborener Haarmangel.
1. a) Atrichia universalis: Fehlen der Haaranlagen am ganzen Körper.
b) Atrichia partialis: Fehlen der Haaranlagen an einer oder verschiedenen Körperstellen.
2. a) Hypotrichosis universalis: Haaranlagen überall normal ausgebildet; Primärhaare vorhanden oder fehlend, jedenfalls kein Ersatz durch Sekundärhaare am ganzen Körper.
b) Hypotrichosis partialis: Derselbe Vorgang an einer oder verschiedenen Körperstellen.

II. Später auftretender Haarmangel.
a) Alopecia universalis: Völliger Verlust des vorher vorhandenen Sekundärhaares.
b) Alopecia partialis seu areata: Teilweiser, umschriebener Verlust des vorher vorhandenen Sekundärhaares.

Einer Besprechung des klinisch-makroskopischen Verhaltens einiger Fälle aus der Literatur schliefst Verfasser die Mitteilung eines neuen Falles an, der ein 21jähriges Dienstmädchen betrifft. Ein Kind dieses Mädchens bot folgende Merkwürdigkeiten: Völliger Mangel von Vernix caseosa bei der Geburt. Am ganzen Kinde sind nirgends

Haare zu finden. Blutextravasate in der Kopfschwarte. Die Nägel an Händen und Füſsen sind nur angedeutet und bilden kleine Leistchen, die kaum ein Drittel des Nagelbettes ausfüllen. Nach vier Monaten sollen nach Mitteilung der Mutter Haare gekommen sein, während die Nägel noch waren wie bei der Geburt.

Eine Schwester der Kindsmutter gibt an, gänzlich haarlos zur Welt gekommen zu sein. Mit der Zeit habe sich ein spärlicher Kopfhaarwuchs eingestellt. Achsel- und Schamhaare spärlich entwickelt. Die Fingernägel sind plump, kurz, zeigen einen dachfirstartig vorspringenden, scharfen Längswulst in der Mitte, zu dessen Seiten sich grubenartige Vertiefungen befinden. Der freie Rand der Fingernägel ist verdickt, aufgetrieben, runzlig und sieht ungefähr so aus, als ob er angebrannt wäre. Die Zehennägel zeigen mit Ausnahme der groſsen Zehe normales Verhalten. Die Zähne zeigen Schmelzdefekte.

Ein Halbbruder (gleiche Mutter) hat keine Augenbrauen und Wimpern, sein Kind ist völlig kahl geboren, hat auch nach zwei Jahren noch keine Wimpern und Brauen und nur spärliches, unregelmäſsig verteiltes Haupthaar.

Ein Halbbruder J. K. ist auch völlig haarlos geboren, bekam später normalen Haarwuchs. Nagelanomalien wie alle vorstehenden Geschwister nur an der groſsen Zehe.

Zwei andere Geschwister sind gesund.

Es zeigen also von sechs Kindern der gleichen Mutter vier fast übereinstimmend die gleichen Anomalien in der Entwicklung der Epidermoidalgebilde. Die Mutter selbst soll völlig normal gewesen sein und sogar sehr schönes, langes Haar besessen haben, nur soll sie spärliche Wimpern und Augenbrauen gehabt haben. Von den Vätern sind Abnormitäten nicht bekannt.

In seinen weiteren Besprechungen weist Verfasser an der Hand des Literaturmaterials darauf hin, daſs sowohl in histologischer, wie ätiologischer Hinsicht die Verhältnisse noch lange nicht klarliegen.

Die Stichworte der Schluſsausführungen sind: Psychisches Verhalten, Therapie, Prognosenstellung. *Fritz Loeb-München.*

Die Beziehungen zwischen einem Hautnaevus und dem segmentalen Nervengebiete, von G. L. Cheatle-London. (*Brit. med. Journ.* 18. Aug. 1906.) Bei dem hier geschilderten und abgebildeten Falle handelt es sich um einen Naevus, welcher den dem dritten Halsnerven entsprechenden Hautabschnitt einnimmt. Bekanntlich kommt es nicht so ganz selten vor, daſs ein Naevus dem Gebiet des Trigeminus entspricht; aber als Beispiel eines Zusammentreffens von Naevus und Segmentnervengebiet erscheint dies als eine alleinstehende Beobachtung. Ein Zusammentreffen von Ulcus rodens mit Resten des fünften hat Verfasser dreimal beobachtet.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Beiträge zur Lehre der symmetrischen Gesichtsnaevi, von J. Csillag-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1906. Nr. 13.) Die symmetrischen Gesichtsnaevi bilden eine seltene Affektion, bei welcher nach der Geburt oder in den ersten Kinderjahren, spätestens aber in der Pubertätsperiode, an bestimmten Stellen der Gesichtshaut, und zwar am Nasenrücken, an den Nasenflügeln und Lippen, im Sulcus nasolabialis und am Kinn, eventuell auch an der Stirn, symmetrisch verteilt kleine mohn- bis hanfkorngroſse Tumoren entstehen, deren histologische Struktur verschieden sein kann. In diese Gruppe gehören: das Epithelioma adenoides cysticum (Brooke), das Adenoma sebaceum (Pringle), die Naevi verrucosi vasculares (Darier) und die Naevi sudoripari (Perry). — Der von Cs. beobachtete Fall ist auf Grund der histologischen Untersuchung mit dem Naevus verrucosus vasculosus (Darier) identisch. Der Befund war folgender: von vermehrten, ausgedehnten Kapillaren durchsetzte, teilweise von elastischem Fasernetz freie, groſse Bindegewebszellen in hoher Zahl enthaltende, vermehrte Kollagenmasse.

Cs. schlägt folgende Benennungen vor, die das wahre Wesen der Tumoren angeben:

Naevi symmetrici epitheliomatosi (Brookescher Typus),
Naevi symmetrici sebacei (Pringlescher Typus),
Naevi symmetrici sudoripari (Perryscher Typus),
Naevi symmetrici fibroangiomatosi (Darierscher Typus).

B. Kollarits-Budapest.

Heilung von Naevis vasculosis durch spontane Ulceration, von Alphonse Gorisse. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 320.) *Fritz Loeb-München.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. *Allgemeines.*

Ein neuer Operations- und Untersuchungstisch für urologische Zwecke, von Rob. Duhot. (*Ann. de la Policl. centr.* 1906. Nr. 10.) Warme Empfehlung eines neuen Untersuchungstisches für urologische Zwecke, der nach Anweisungen des Verfassers von der Firma Louis u. H. Loewenstein in Berlin konstruiert wurde. Der Tisch ist auf einem Ölfufs montiert, durch Trittbewegungen in die Höhe von 1 m 40 cm verstellbar, drehbar nach allen Seiten. Die Rückenlehne ist mit einem Kopfhalter montiert und seitlich durch das Triebrad verstellbar. Der ganze Oberteil ist durch Kurbelbewegung nach hinten und vorn neigbar. Die vordere Platte des Tisches ist leicht abnehmbar. An der Stelle, wo die vordere abnehmbare Platte mit der eigentlichen Sitzplatte zusammenstöfst, ist unterhalb der letzteren ein herausziehbares Spülbecken angebracht. An der Seite des Tisches sind gepolsterte Armstützen montiert. Die Beinhalter sind mit doppeltem Kugelgelenk versehen und für jede Lage zu verstellen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Klinik der Krankheiten der Harnwege, von Albarran-Paris. (*Presse méd.* 1906. Nr. 92.) Professor Guyon ist im vergangenen Herbst von seiner Tätigkeit als Lehrer und Chefchirurg der urologischen Abteilung des Hospitals Necker in Paris zurückgetreten. An seine Stelle wurde einer seiner bedeutendsten Schüler, Professor Albarran berufen. In der vorliegenden Eröffnungsvorlesung gibt A. erst einen Überblick über die Geschichte der Urologie von ihren ersten Anfängen an bis in die neueste Zeit und besonders über die Verdienste Frankreichs um die Urologie. Er bespricht die allmähliche Vervollkommnung fast sämtlicher Operationsmethoden von der Urethrotomie an bis zur Nephrectomie, um schliefslich die aufserordentlichen Verdienste Guyons um den Ausbau und die Verbreitung der urologischen Wissenschaft zu würdigen.

Im zweiten Teil seines Vortrages erörtert A. seinen Standpunkt über die Pflichten und Aufgaben, vor die er sich als Leiter der urologischen Abteilung gestellt sieht. Er spricht von seinem idealen Standpunkt als Chirurg den Kranken eines öffentlichen Hospitals gegenüber, von seinen Pflichten als Lehrer, und endlich den Pflichten der Wissenschaft und dem Lande gegenüber, als dessen Adoptivsohn er sich bekennt. Hier spricht er auch von den Postulaten, die er an die Ausbildung eines urologischen Spezialisten stellt. Nicht nur chirurgische, sondern auch gründliche Kenntnisse in allen Zweigen der allgemeinen Medizin sind erforderlich, um die Arbeit des Urologen erspriefslich zu machen. *Carl Schramm-Dortmund.*

Bakteriologische Befunde bei den infektiösen Erkrankungen der Harnorgane und ihr praktischer Wert, von F. Suter-Basel. (*Correspondenzbl. f. Schw. Ärzte.* 1906. Nr. 24.) Auf Grund einer bakteriologischen Bearbeitung des Materials

der Privatklinik von E. Burkhardt-Basel kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: Die bakteriologische Untersuchung infektiöser Erkrankungen der Harnwege ist von grofsem praktischen Interesse, besonders wenn die Anamnese auf endogene Infektion hinweist, da die Erkrankung in diesen Fällen in der Regel durch Tuberkelbazillen oder Kolibakterien hervorgerufen wird. Die Tuberkulose ist fast ausschliefslich durch instrumentelle Eingriffe sekundär infiziert. Handelt es sich um Tuberkulose dieser Organe, bleiben gewöhnliche Nährböden steril, bei Koliinfektion wachsen Kolibakterien. Handelt es sich um instrumentelle Infektionen, so gibt die Bestimmung der Bakterienart richtige Anhaltspunkte für die Prognose und Direktiven bei operativen Eingriffen. (Naht, Drainage usw.) *Carl Schramm-Dortmund.*

Wie breitet sich die Genitaltuberkulose aus? („Ascension" und „Descension"), von O. R. Teutschlaender-Zürich. (*Beitr. z. Klin. d. Tub.* Bd. V. Hft. 2.) Aus der gründlichen Bearbeitung eines grofsen Beobachtungsmaterials und unter ausgiebiger Berücksichtigung der Literatur kommt Verfasser zu etwa den folgenden Schlufsfolgerungen: Die Genitaltuberkulose beginnt meist in einem Organe, dem „genito-primären Herd" und breitet sich von hier aus auf die übrigen Organe der gleichen Seite aus; bald ist der Hoden resp. Nebenhoden, bald die Samenblase, letztere sogar besonders häufig, der primäre Sitz des Leidens. Bei beiden Formen findet die Ausbreitung statt durch Verschleppung der Bazillen intracanaliculär durch den Sekretstrom, und zwar vorwiegend, beim Kinde ausschliefslich, durch einen pathologischen Exsudatstrom, welcher sich bei der Entstehung der Läsionen bildet. Dem intracanaliculären, diffus käsigen Prozefs geht stets eine desquamativ-katarrhalische Schleimhautentzündung vorauf. Letztere spielt die Hauptrolle bei der Genitalerkrankung. Von untergeordneter Bedeutung ist die Ausbreitung der Tuberkel intramural, und auch die Kontaktinfektion ist kein erheblicher Faktor bei der Ausbreitung des Prozesses. Im allgemeinen besteht die Regel, dafs die Tuberkulose der Genitalorgane immer die Tendenz zeigt, eine intracanalikuläre Totalerkrankung des Apparates herbeizuführen, wenn auch eine gewisse Sprunghaftigkeit nicht zu verkennen ist. Für den praktischen Arzt ist es von Bedeutung zu bedenken, dafs die Affektion, namentlich die Samenblasentuberkulose, lange latent verlaufen kann, und dafs deshalb bei jedem Verdächtigen womöglich das ganze Genitale untersucht werden sollte, inklusive des Urins.

In einem Postskriptum schildert T. noch im einzelnen die Obduktionstechnik bei den Genitalorganen, wobei er als ein Novum hervorhebt, dafs es sich zur leichteren Präparierung der Samenbläschen empfiehlt, das Rectum nicht mit den übrigen Beckenorganen zugleich herauszunehmen, sondern von diesen in situ loszutrennen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zur Frage der aufsteigenden Tuberkuloseinfektion des Harnapparates, von R. Giani-Turin. Dozent der spec. chirurg. Pathologie. (*Centralbl. f. Bakt.* Bd. 43, Hft. 4.) In einer Reihe von Tierversuchen (am Kaninchen) fand G., der schon in einer vorläufigen Mitteilung auf der letzten Vereinigung italienischer Pathologen zu Rom erklärt hat, dafs die Blasenschleimhaut, auch wenn sie sich im Zustande chronischer Reizung befindet, schwerlich bei nicht diskontinuirlichem Epithel zum Sitz des Fortkommens von Tuberkelbazillen werden kann, nun seine damaligen Thesen völlig bestätigt. Es wurden an 73 Kaninchen vier verschiedene Arten von Versuchsanordnungen getroffen, und der Schlufs lautet dahin, dafs die Harnblasenschleimhaut keinen günstigen Nährboden für die Tuberkelbazillen abgibt, sei es, dafs dieselben mit dem Harn dorthin gelangen, sei es, dafs sie mit mechanischen Hilfsmitteln (nach oberem Blasenschnitt direkte Einführung von mit Tuberkulosematerial resp. Reinkultur gefüllten Celloidinröhrchen) dort niedergelegt und zurückgehalten

werden; ferner ergibt sich aus den angestellten Versuchen, daſs auf jeden Fall bei vollständigem Urinabfluſs, d. i. gegen den Strom der Aufstieg der Tuberkelbazillen von der Blase zur Niere längs des Harnleiterlumens für unmöglich anzusehen ist. Nur bei gröſserer Vulnerabilität resp. geringerer Widerstandsfähigkeit der Schleimhaut durch Cystitiserscheinungen wären die Bedingungen für eine von der Niere absteigende oder von der Prostata und Samenbläschen aufsteigende Tuberkulose klinisch gegeben. *Stern-München.*

Experimente über die Ausbreitung der Urogenitaltuberkulose bei Sekretstauung, von Max Kappis. (Inaug.-Dissert. Tübingen 1905.) Es verbietet sich, an dieser Stelle ausführlicher auf die fleiſsige, interessante Arbeit einzugehen. Nur so viel sei hervorgehoben, daſs Verfasser auf Grund seiner (mitgeteilten) Versuche den Beweis für erbracht hält, daſs unter Stauungsverhältnissen (wie sie durch Unterbindungen hervorgerufen wurden) die Tuberkulose im Urogenitalsystem ascendieren kann. *Fritz Loeb-München.*

Die Diagnostik der Urogenitaltuberkulose aus der mikroskopischen Untersuchung des Harns, von J. Moscu-Bukarest. (*Presse méd.* 1907. Nr. 2.) Colombino beobachtete an zahlreichen Fällen, die er im Hospital Necker Paris untersuchte, daſs die Leukocyten des tuberkulösen Harnes charakteristische Merkmale zeigen. Sie haben unregelmäſsige, gezackte Konturen, im Protoplasma derselben finden sich häufig kleine transparente Bläschen, der Kern ist vom Protoplasma nicht zu differenzieren. Bei den angestellten Nachuntersuchungen fand M., daſs derartige Veränderungen der Leukocyten auch bei andern Erkrankungen des Harnsystems vorkommen können; so beobachtete er sie bei einer nicht tuberkulösen Cystitis und im Sekret einer akuten Blennorrhoe. Sie können auch bei sicher tuberkulösen Erkrankungen des Harnsystems fehlen: somit ist der diagnostische Wert der Leukocytenveränderungen bei der Tuberkulose des Harnapparates nur ein relativer.

Carl Schramm-Dortmund.

Über den anatomischen Befund am Urogenitalapparate eines 57jährigen Paranoikers, 26 Jahre nach Selbstkastration, von Ernst Kalmus-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 43.) In dem vorliegenden Fall ergab die Sektion, daſs der durch die Nephritis suppurativa bedingte Exitus mit der vor 25 Jahren stattgehabten Selbstkastration zusammenhing, indem zu der lange getragenen Dilatation des harnleitenden Apparates eine aszendierende Infektion mit Urämie hinzugetreten war. Die mikroskopische Untersuchung der Prostata, der Samenblasen, Stücke aus den Cowperschen Drüsen und der Vasa deferentia, welche Verfasser vornahm, ergab, daſs die vor 25 Jahren vorgenommene Selbstkastration zur Atrophie der Organe des Urogenitalapparates geführt hatte. *Putzler-Danzig.*

b. *Penis, Urethra, Blase.*

Enuresis nocturna, von Kühner-Coburg. (*Kinderarzt.* 1906. Nr. 12.) Enthält nur Bekanntes. *Carl Schramm-Dortmund.*

Incontinentia urinae. Behandlung durch Bildung einer Blasenscheiden-Mastdarmfistel, verbunden mit Verschluſs des Introitus vaginae, von Reuben Peterson-Ann Arbor. (*Journ. amer. med. assoc.* 3. Nov. 1906.) Wegen eines kirschgroſsen Tumors am Meatus urinarius wurde bei einer 60jährigen Frau bei der Operation ein Teil der Urethra mitentfernt. Als Folgezustand traten Prolaps der Blase und Incontinentia urinae auf. Zwecks Hebung dieser wurde der Meatus urinarius verschlossen, eine Fistel zwischen Vagina und Blase und zwischen Vagina und Rektum geschaffen und der Scheideneingang geschlossen. *Schourp-Danzig.*

Über Enuresis und ihre suggestive Behandlung, von H. Delius - Hannover. (*Wien. klin. Rundsch.* 1906. Nr. 37.) D. hält die Enuresis für eine zerebrale Hemmung, die rein funktioneller Natur ist; sie trägt den Charakter einer allgemeinen Neurose und D. empfiehlt, dieselbe mit Hypnose zu behandeln. Man müsse dem Kinde suggerieren, daſs es den Harndrang fühlen und dadurch sofort aus dem Schlaf erwachen und den Topf benutzen werde; ferner daſs es den Harn solange werde halten können, bis es den Topf habe, d. h. man solle sein Bestreben darauf richten, durch eine suggestiv erzeugte Suggestionswelle die zerebrale Hemmung zu beseitigen und einen Willensakt anzuregen, der ein willkürliches Ablaufen des Harns verhindert. Auch sollen beruhigende Suggestionen vorgenommen werden, welche dahin wirken, daſs die Kinder aus Furcht vor angedrohten Strafen nicht mehr mit dem Gedanken an ihr Übel und der Furcht, es könne eintreten, einschlafen und sich diese Vorstellungen nicht als Traumkette weiterspinnen. Strafen sind zu vermeiden. Auch seelische Erregungen sollen vermieden werden. Überhaupt sind die Kinder möglichst wenig an ihr Leiden zu erinnern; eventuell ist Zimmer- oder Bettwechsel nötig. Flüssigkeitsverbot schon am Nachmittag ist nach D. überflüssige Quälerei; dagegen ist natürlich die Blase vor dem Einschlafen zu entleeren. Verfasser hat 33 Fälle mit Hypnose behandelt und $72^3/_4$% Heilungen, $22^3/_4$% Besserungen und $4^1/_2$% Miſserfolge erzielt.

Putzler-Danzig.

Zur Therapie der Enuresis nocturna, von E. von Vietinghoff - Scheel (*Petersb. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 35.) V. teilt zwei Fälle von Enuresis mit, welche er beobachtet hat, und empfiehlt:

1. Rücken- und Kreuzbeinklopfung mit dem Oscillaransatzstück des Concessor „Ewer“ täglich zwei bis drei Minuten lang.
2. Neben Prophylaxe und Hochlagerung der Beine die mechanischen Mittel nicht unversucht zu lassen und sie unter Umständen den Arzneimitteln vorzuziehen.
3. Auſser maschinellen oder manuellen Erschütterungen des Rücken- resp. Lendenmarks methodische heilgymnastische Bewegungen mit dem Becken und den unteren Extremitäten vornehmen zu lassen.

Putzler-Danzig.

Eine neue Anwendungsweise von Strychnin und Hydrastis bei sexueller und Blasenschwäche, von William J. Robinson-New York. (*Journ. amer. med. assoc.* II. Nr. 26.) Bei Impotentia coeundi und generandi, bei Ejaculatio praecox und bei Schwächezuständen des M. sphincter vesicae empfiehlt Robinson die Injektion von Strychnin und Hydrastis mittels einer Guyonschen Tropfspritze in folgender Zusammensetzung:

Strychnini sulph.	0,06
Hydrast. hydrochlor.	0,6
Solut. acid. borici saturat.	400 gtts.

Er instilliert gewöhnlich nur vier Tropfen dieser Lösung an der betreffenden Harnröhrenstelle ein- bis zweimal wöchentlich.

Schourp-Danzig.

Über den therapeutischen Wert des Pyrenols nebst Bemerkungen zur Frage der Salicylwirkung auf das Urogenitalsystem, von Fritz Loeb - Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 41.) Das Pyrenol ist ein Salicylpräparat, welches als Neuralgikum empfohlen wurde, doch erstreckt sich seine Wirksamkeit auch auf Erkrankungen der Respirationsorgane, rheumatische Affektionen und solche infektiöser Natur. Es hat den Vorteil, eine Nierenreizung zu bewirken. Die Wirkungen des Pyrenols auf das Urogenitalsystem sind folgende: Die Dosen, mit denen der Praktiker täglich zu arbeiten in der Lage ist, werden nie eine Nephritis erzeugen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Eine modifizierte Endoskopröhre und Endoskopmesser, von FREDER. BIERHOFF-New York. (*New York med. Journ.* 2. Febr. 1907.) Diese Röhre ist von derselben Länge wie die gewöhnlich gebräuchlichen, trägt aber an ihrer oberen Aufsenfläche einen 2 mm weiten Schlitz; das Endoskop wird in der Weise eingelegt, dafs das Fenster direkt gegenüber der infizierten paraurethralen Stelle liegt. Diese Tuben können in verschiedenen Gröfsen, wie die anderen gebräuchlichen, hergestellt werden. Zur Durchschneidung der infizierten oder entzündeten Lacunae oder Drüsen, wie sie meist bei chronischer Urethritis vorhanden sind, konstruierte B. ferner zwei Arten von Messer: eines mit scharfer und eines mit stumpfer Spitze. Es sind das Modifikationen der GRÜNFELDschen Endoskopmesser, und zwar ist hier im Gegensatz zu diesen die Schnittfläche nach abwärts gerichtet, auch sind die Klingen verschieden geformt. Der Stiel des Messers soll etwa 15 cm lang und der Griff nach abwärts gebogen sein, so dafs der Operateur nicht das Gesichtsfeld sich bedeckt. B. fand, dafs er mit diesen modifizierten Instrumenten grofse Erleichterung in der Behandlung der chronischen glandulären Urethritis hatte und die raschesten Resultate mit dem KOLLMANN-FRANKschen Dilatator erzielte, nachdem diese Lacunae oder Drüsen ihrer ganzen Länge nach aufgeschnitten waren. *Stern-München.*

Hypospadie in Kombination mit hochgradiger Phimose, von ERNST KLINDT. (Inaug.-Dissert. Halle 1906.) Der Autor fafst die Hauptergebnisse seiner Arbeit in folgenden Schlufssätzen zusammen:

1. Ein Zusammentreffen von Hypospadie und Phimose ist als ein äufserst selten vorkommendes Ereignis anzusehen.

2. Es kann zu einer Bildung und zum Verschlufs des Präputiums auch an der unteren Fläche des Penis kommen, selbst vor Schlufs der Urethralrinne zur Urethra.

3. Die Vereinigung der Schenkel des Präputiums zu einer zirkulären Hautfalte und damit auch zur Bildung einer Phimose ist nicht unbedingt abhängig von einer vorherigen Bildung eines Frenulums. *Fritz Loeb-München.*

Heilung einer alten Phimose durch Dilatation des Präputiums mittels des Druckes einer Wassersäule, von ROSIÈRE-Villafranche sur Mer. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 35.) Ein 48jähriger Mann mit einer seit 18 Monaten bestehenden, hochgradigen, nicht entzündlichen Phimose, die sich mittels einer Pinzette nicht erweitern liefs, brachte die Vorhaut in möglichst enge Verbindung mit dem Wasserhahn in der Küche und öffnete diesen rasch, während er mit der einen Hand das Präputium am Hahn fixierte; nachdem er den Druck der Wassersäule eine Zeitlang hatte einwirken lassen, versuchte er die Vorhaut zurückzuschieben. Zehnmalige Wiederholung dieses Manövers im Laufe einer Woche bewirkte eine so starke Dehnung des Präputiums, dafs es sich leicht zurück- und wieder vorstreifen liefs; nur das wenig dehnbare Frenulum leistete noch etwas Widerstand. *Götz-München.*

Über eine erfolgreiche Übertragung von Balanoposthitis circinata auf einen Schimpansen und die Tätigkeit der Spirochaeta refringens dabei berichtet LEVADITI (*Compt. rend. de la soc. de biolog.* Bd. 41) gleichzeitig. Ihm ist dies mittels Eiter von einem frischen Falle gelungen. Trotzdem an den entstandenen Läsionen sich ein sehr spirillenhaltiger Eiter entwickelte, hält Verfasser den Nachweis, dafs dieser Organismus die Ursache der Balanoposthitis sei, nicht für erwiesen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Priapismus, von H. LOHNSTEIN-Berlin. (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1906. Nr. 33—35.) L. hatte Gelegenheit einen Fall von sogenanntem, idiopathischem Priapismus zu beobachten, welcher sich bei einem 53jährigen Patienten im Anschlufs an einen Coitus eingestellt hatte und der derartig hartnäckig war, dafs alle angewandten Mittel ohne jeglichen Einflufs blieben. Der Nachlafs des Priapismus vollzog sich ganz

allmählich und gleichmäſsig. Während des Endstadiums stellten sich starke Kreuzschmerzen ein, die jedoch nach einigen Tagen an Intensität abnahmen und schlieſslich ganz verschwanden. Während des Priapismus bestand kein Wollustgefühl, jedoch konnte Patient den Coitus mit Erfolg ausüben. Nach dem Verschwinden desselben stellte sich eine Impotenz ein, welche noch besteht. Zwei Monate nach dem Aufhören des Priapismus bestehen dieselben Verhältnisse wie während desselben. Libido ist vorhanden, Erektion unmöglich. Urinentleerung normal, Harn frei von Eiweiſs und Zucker. Erhitzt sich Patient bei der Arbeit, so muſs er relativ oft urinieren, auch ist zuweilen leichte Incontinentia urinae vorhanden. Die Arbeit fällt ihm schwerer als vor der Erkrankung. Hat Patient längere Zeit gekniet, so fällt ihm das Aufstehen schwer, weil die Unterschenkel leicht absterben. Auſserdem klagt er über Kältegefühl, Ameisenkriechen in den Händen und Füſsen, sowie häufigen Kopfschmerz in der Stirngegend. Die Corpora cavenosa fühlen sich derber an als normal. Objektive Symptome eines Cerebrospinalleidens nicht vorhanden; ebensowenig Vermehrung der Leukocyten im Blut. Es handelt sich also, da das Leiden weder auf Leukämie, noch auf ein Trauma, noch auf eine Cerebrospinalaffektion zurückzuführen ist, nach H. um einen sogenannten idiopathischen Priapismus. Selbst die Annahme eines Tumors in ein an der die Erektion herbeiführenden Zentren ist angesichts dessen, daſs zwölf Jahre vorher ein kürzerer Priapismusanfall stattfand, nicht diskutabel. Nachdem L. dann ausführlich Pathologie und Therapie des Leidens dargestellt hat, bringt er am Schlusse eine Zusammenfassung der bemerkenswertesten Fälle von Priapismus aus der Literatur. *Putzler-Danzig.*

Plastische Induration des Penis, von Hermann Neumark. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1906.) Verfasser gibt einen historischen Überblick, eine Definition der plastischen Induration des Penis, bespricht dann Vorkommen, Symptome, pathologische Anatomie, Verlauf, Prognose, Diagnose, Ätiologie und Therapie des Leidens und beschlieſst seine Arbeit mit einer ausführlicheren Wiedergabe der von ihm in der Literatur gesammelten elf Fälle von Kombination der plastischen Penisinduration mit Dupuytrens Fingerkontraktur. Auch der der Arbeit zugrunde liegende Fall zeigte diese Kombination. — Sehr gutes Literaturverzeichnis (siehe auch *Berl. klin. Wochenschrift.* 1906. Nr. 46.) *Fritz Loeb-München.*

Über die Induratio penis plastica, von Ludwig Waelsch-Prag. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 41.) Unter der Bezeichnung „plastische Induration des Penis" werden wahllos Prozesse zusammengefaſst, die, in ihrer Ätiologie, ihren Symptomen und im Verlaufe durchaus verschieden, nur das eine gemeinsam haben, daſs sie zu einer Knotenbildung im Penis Veranlassung geben. Dagegen betrachtet W. als eigentliche „chronische Induratio penis plastica" nur die aus bisher unbekannten Ursachen auftretenden, von allem Anfang an sich chronisch entwickelnden Knoten und Stränge, die am Dorsum penis in der Medianlinie beginnen und erst sekundär die Schwellkörper ergreifen; W. teilt drei derartige, von ihm selbst beobachtete Fälle mit, die alle drei ziemlich kräftige, sonst gesunde Leute in den dreiſsiger Jahren betreffen. Daſs solche typische Fälle von Induratio penis plastica auf Traumen und nachfolgende Blutungen zurückzuführen seien, hält W. für höchst unwahrscheinlich. Dagegen erscheint es ihm möglich, daſs die Bindegewebsneubildung von den Venen ihren Ausgang nimmt; es könnte sich seiner Anschauung nach bei den strangförmigen Indurationen um eine sehr langsam verlaufende Phlebitis und Periphlebitis handeln, die an der Vena dorsalis penis superficialis oder an der profunda oder auch an kleinen Venenstämmchen beginnend sich sowohl der Länge nach ausbreiten als auch in das Bindegewebe des Septum intercavernosum sich fortsetzen oder mit den Venen der Corpora cavernosa in diese eindringen und am Plexus retroglandularis und am Plexus

subpubicus sehr häufig zu starken, als Knotenbildungen imponierenden Bindegewebswucherungen führen kann. Für die Entstehung dieses eminent chronischen Entzündungsprozesses können bei bestehender Disposition eventuell Traumen verantwortlich gemacht werden.

Die Erfolge der Behandlung waren bisher sehr wenig erfreulich. W. gelang es in einem seiner Fälle Stränge und Knoten durch Fibrolysininjektionen im Laufe eines halben Jahres vollständig zum Verschwinden zu bringen. *Götz-München.*

Türk-Kobylyn (*Allg. med. Central-Ztg.* 1906. Nr. 31) teilt einen Fall von **Einschnürung des Penis** durch einen glatten, kupfernen Ring mit, der ein kollossales Ödem des Penis und partielle Harnretention bewirkt hatte; die Blase stand bis über den Nabel. Durchfeilung des Ringes, der die Penishaut bis auf die Corpora cavernosa durchtrennt hatte. Heilung. *Putzler-Danzig.*

Die Bakterien der Harnröhre unter normalen Verhältnissen und bei Blennorrhoe, von Rodolfo Stanziale - Neapel; übersetzt von Kurtz Tautz - Berlin. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 42. H. 4.) Die Hauptschlufsfolgerungen der Arbeit, welche aus dem hygienischen Laboratorium der Stadt Neapel stammt, sind folgende: 1. Es existieren in der Harnröhre unter normalen Verhältnissen Stellen, die vollkommen steril sind, und wiederum andere, auf denen verschiedene avirulente Bakterienspecies leben. Am häufigsten kommen Staphylokokken und diphtherieähnliche Bazillen vor. 2. Die Anzahl der Bakterien der normalen Harnröhre ist in ihrem vorderen Teile gröfser und zwar je mehr Zeit seit der letzten Harnentleerung verflossen ist. Aller Wahrscheinlichkeit nach stammen die Bakterien aus der äufseren Harnröhrenmündung her. 3. Der blennorrhoische Prozefs verändert in seinem Anfangsstadium nicht wesentlich den Bakterieninhalt der normalen Urethra. *Stern-München.*

Mikrococcus fallax, species nova. Ein Beitrag zur Flora der Urethritiden, von Emile Rousseau. (*Thèse pharm. de Paris.* 1905. Nr. 19.)

Fritz Loeb-München.

Folliculitis fibrosa urethrae, von J. Sellei-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1906. Nr. 45.) Die zuerst von Möller beschriebene „Folliculitis blennorrhoica urethrae" konnte S. in 100 Fällen von chronischer Blennorrhoe elfmal vorfinden; dieselben sind zu beachten, da sie Gonokokken enthalten können und Rezidive veranlassen. Ihre Auffindung geschieht am leichtesten, wenn bei eingeführter Sonde die Harnröhre sorgfältig abgetastet wird. Die hirsekorn- bis erbsengrofsen Knötchen sind hart, fibrös, nicht druckempfindlich. Urethroskopisch sind sie gewöhnlich nicht nachweisbar. Die Behandlung geschieht am zweckmäfsigsten durch Massage über der eingeführten Sonde, eventuell durch Elektrolyse. S. schlägt die Benennung Folliculitis fibrosa urethrae vor.

B. Kollarits-Budapest.

Rupturen der Urethra im perinealen Gebiete innerhalb des Beckens, von E. Deansley - Wolverhampton. (*Lancet.* 12. Jan. 1907.) Betreffs der durch schwere äufsere Gewalteinwirkungen, Verschütten, Quetschung zwischen Förderwagen u. dgl. entstehenden Verletzungen der Harnröhre bemerkt D., dafs die Harnröhre keineswegs immer, wie gewöhnlich angegeben werde, an der Pars membranacea auf der vorderen Seite des Lig. triangulare eingerissen ist, sondern sehr häufig auf der oberen resp. hinteren Seite des Ligaments, so dafs die entstehende Blutung und eventuell der Urin nicht ins perineale Gewebe vordringen, sondern innerhalb des Beckens verbleiben. Dieses Verhalten wurde bei einem 14jährigen Knaben konstatiert, der zwischen zwei Kohlenfässern im Bergwerk gequetscht worden war. Hierbei konnte mittels Katheters teils blutiger, teils klarer Urin entleert werden. Genauere Untersuchung nach perinealer Eröffnung der Blase zeigte aber, dafs man nicht in die Blase, sondern in einen durch die Verletzung resp. den aussickernden Urin geschaffenen Hohlraum mit dem

Katheter eingedrungen war. Die Blase wurde durch den hohen Schnitt eröffnet, die eingerissene Urethra auf einem vom Inneren der Blase durchgeführten Katheter zusammengefügt, genäht und Verband angelegt. Heilung erfolgte per primam.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Einkeilung einer Hutnadel in der Urethra, von H. Salomon-Leicester. (*Lancet.* 8. Dez. 1906.) Die Entfernung gelang unter Druck von hinten per Rectum direkt mittels feiner Kornzange. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Kasuistik der Harnröhrensteine, von K. Radlmesser. (*Wien. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 33.) Behandelt die Krankengeschichte seines autochton entstandenen Harnröhrensteines bei sonst ganz gesunder Harnröhre.

C. Schramm-Dortmund.

Ein Fall von Urethrovesikalstein im Gewichte von 50 g, von Samuel E. Earp-Indianopolis. (*New York med. Journ.* 2. Febr. 1907.) Der ungewöhnlich grofse Stein safs bei der 47 jährigen Patientin mehrere Jahre im oberen Teile der Harnröhre, teilweise in die Blase hineinragend und verursachte aufser zeitenweise Schmerzen, Harnverhaltung, unfreiwilligen Harn- und Stuhlabgang usf. Der Stein ging endlich ab und beweist, welch hohen Grad die Dehnbarkeit der Harnröhre des Weibes erreichen kann. Mit drei Abbildungen, welche den Stein in natürlicher Gröfse und auf dem Durchschnitt zeigen. *Stern-München.*

Über kongenitale Verengerungen der Harnröhre, von E. Foisy. (*Thèse de Paris.* 1905.) Sie zeigen sich in vier Formen: 1. cylindrische und ringförmige, 2. diaphragmatische, 3. vulväre, 4. adhäsive (Glans oder Bulbus). Aufser Entwicklungshemmung kommt vielleicht hereditäre Lues in Frage. Die Prognose ist ganz schlecht.

Fritz Loeb-München.

Zur Kasuistik der Obturationsstenosen der Harnröhre, von A. Stenczel-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 32.) Ein zirka 25 Jahre an Strikturen der Harnröhre leidender Patient zeigte ein schwer zu deutendes Krankheitsbild. Nach allmählicher Sondendilatation (bis 29 Charrière) variiert die Miktionsmöglichkeit. Direkt nach Entfernung der Sonde geht der Urin in dickem Strahl ab, um dann plötzlich, wie infolge eines Ventilverschlusses zu sistieren. Als Ursache fand sich schliefslich ein dick mit Harnsalzen inkrustierter, nicht durchlöcherter Beinknopf, der vom distalen Ende eines elastischen Bougies stammte und per vias naturales abging.

Carl Schramm-Dortmund.

Die Erweiterung der Urethra mittels dehnbarer Instrumente, von F. C. Valentine-New York und F. M. Townsend. (*Amer. Journ. of Surg.* Jan. u. Febr. 1906.) Diese sehr eingehende Arbeit liefert ein anschauliches Bild von der Technik des Verfahrens. Verfasser bevorzugt die Anwendung der mit Gummiüberzügen zu versehenden Apparate. Als Gleitmittel empfiehlt er das von Gouley angebene: ℞ Pulv. sapon. Castil (sap. medic.) 28,0, Aquae 75,0, Mucilag. chond. crisp. (1 : 16) 75,0, Formalin 0,6, Thymol 0,3, Ol. thym. 0,3, Alcohol. 1,0. Nach Vermischung von Seife und Wasser wird erhitzt und dann die Mucilago zugesetzt. Nach der Abkühlung wurden die mit Alkohol gelösten Desinfizienten zugesetzt. Bei sehr empfindlicher Urethra ist eine 10—50%ige Lösung von Gomenol in sterilisiertem Öl anzuraten. Wegen des sonstigen Inhalts mufs auf das Original verwiesen werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Wirkung von Fibrolysininjektionen bei Harnröhrenverengerungen, von Schourp-Danzig. (*Ther. Monatsh.* 1906. Nr. 12.) Das Fibrolysin, eine Thiosinaminverbindung wird von Merk in zugeschmolzenen Ampullen à 2,3 ccm in den Handel gebracht, welches 0,2 Thiosinamin entspricht. Es hat vor den letzteren den Vorzug, dafs es subcutan und intramuskulär oder intravenös ohne besondere Belästigung oder

Beschädigung des Patienten verwandt werden kann und schneller resorbierbar ist. Der Überschuſs des Narbengewebes wird beseitigt, die Widerstandsfähigkeit der Narben erhöht, ihre Schrumpfung verhindert. Eine bereits ausgebildete Verengerung wird aber durch die energischste Fibrolysinanwendung nicht erweitert, wenn nicht die aufgelockerten Bindegewebsfasern durch mechanische Kräfte gedehnt werden. Verfasser wandte die Fibrolysinlösungen an bei Strikturen als brauchbares Hilfsmittel neben der dilatierenden Behandlung, es erleichterte dabei entschieden durch Erweichung des die Verengerung umgebenden Narbengewebes die mechanische Behandlung und beschleunigte die Heilung. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Exzision der Harnröhrenstrikturen, von Felix Majewski. (*Przeglad. lek.* 1907. Nr. 1—5.) Bericht über sechs Fälle von Harnröhrenstrikturen, die in der chirurgischen Universitätsklinik in Krakau (Prof. Kader) exzidiert wurden. In allen Fällen wurde die Strikturektomie unter Lumbalanästhesie mit Tropokokain ausgeführt. In der Mehrzahl der Fälle wurden nach Exzision der strikturienden Narben die beiden Harnröhrensegmente mittels vier bis sieben Silbernähte vernäht, die man nach 2 bis $2^1/_2$ Wochen entfernte. Da dies in zwei Fällen undurchführbar war, wurde hier über einem Nelatonschen Katheter aus den die Narbe umgebenden Weichteilen die Harnröhre gebildet. Der während der Operation in die Harnblase eingeführte Katheter wurde darin für vier bis sechs Wochen zurückgelassen, bis das ganze neue Harnröhrenstück von dem entlang des Katheters wuchernden Epithel bedeckt wurde. Das Resultat des Verfahrens war in allen Fällen ein durchaus befriedigendes: nach drei bis sechs Wochen konnten die Kranken mit für Katheter Nr. 20—30 durchgängigen Harnröhren entlassen werden. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die Behandlung der Strikturen mittels Elektrolyse, von A. Emödi und J. Spitzer-Budapest. (*Budapesti Orv. Ujs. Urolog. Beil.* 1906. Nr. 4.) Nicht kallöse Strikturen bringt die Elektrolyse zur definitiven Heilung, kallöse Strikturen werden dauernd gebessert. — Die Stromstärke soll $1^1/_2$—$2^1/_2$ MA. nicht überschreiten, die Dauer der Applikation ist zwei bis drei Minuten. Zu einer kaustischen Wirkung darf es nicht kommen. *B. Kollarits-Budapest.*

Autokatheterismus, von Duhot. (*Ann. de la Policl. centr.* 1907. Nr. 1.) Praktische Ratschläge für die Patienten, die sich selbst zu katheterisieren gezwungen sind. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Modifikation von Reeses Urethralirrigator, von Luther G. Paul-Boston. (*Journ. amer. med. assoc.* 1906. Bd. 47. Nr. 22.) An Stelle der leicht zerbrechlichen Glasglocke am Einführungsende hat Paul eine solche aus Weichgummi aufgesetzt. *Schourp-Danzig.*

Ein neuer Injektionsapparat für die Urethra, von Raymond Bonneau. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 47.) Zur Reinigung der Glans und des Meatus, zu Spülungen und zur Kokainisierung der Pars anterior urethrae, sowie zu Injektionen in den vorderen Harnröhrenteil empfiehlt B. einen neuen Injektionsapparat, bestehend aus einer Glaskanüle und einem Gummiballon. Die cylindrisch geformte Kanüle faſst 15 ccm Flüssigkeit und ist nach Zentimetern graduiert; sie endigt auf der einen Seite gleich den Janetschen Kanülen konisch, das andere Ende, in das der 15 ccm haltende Gummiballon eingeschoben wird, weist eine kugelförmige Ausbuchtung auf. Der Apparat ist im Gegensatz zu den üblichen Injektionsspritzen immer gebrauchsfertig, seine Handhabung ist eine ungemein einfache; er kann mit einer Hand gefüllt und entleert werden. Der von Gentile zur Herstellung des Ballons verwendete vorzügliche Gummi läſst sich ebenso wie die Kanüle auskochen. *Götz-München.*

Katheterismus und Operation. Ihre wechselseitigen Beziehungen bei Prostatahypertrophie, von LEON CHARRASSE. (*Thèse de Lyon*. 1905. Nr. 126.)
Fritz Loeb-München.

Zur Frage der Kathetersterilisation, von R. HOTTINGER und O. KOLLBRUNNER-Zürich. (*Correspondenzbl. f. Schweiz. Ärzte*. 1906. Nr. 16.) H. und K. empfehlen aufs neue die WOLFFsche Kathetersterilisation in 1 ‰ Sublimatglycerin. Der zur Prüfung der Leistungsfähigkeit dieser Methode gemachte Fadenversuch ergab, daſs durch 1 ‰ wässerige Sublimatglycerinlösung Fäden, die mit Bacterium coli geimpft waren, ebenso wie solche, die mit Staphylococcus pyogenes aureus geimpft waren, in zirka sechs Stunden sterilisiert wurden. Die mit ganzen Kathetern angestellten Sterilisationsversuche lauteten mit denen WOLFFs verglichen etwas ungünstiger, was zum Teil davon herrühren mag, daſs ganze Katheter, nicht wie bei WOLFF „Katheterstückchen" verwendet wurden, zum Teil daher, daſs nicht Gelatinenährböden, sondern Agar- und Bouillonnährböden, welche ein rascheres Wachstum der Bakterien gestatten. Jedenfalls hat die Sterilisationsmethode durch 1 ‰ Sublimatglycerin, durch welche die Katheter in zirka 20 Stunden keimfrei werden, den Vorzug vor der Sterilisation mittels kochenden Wassers, daſs sie die Instrumente beliebig lange steril konserviert und daſs sie nicht nur aseptische, sondern antiseptische Instrumente liefert, was mit Rücksicht auf die bei der Einführung der Instrumente allzu leicht vorkommende Verunreinigung sehr wichtig ist. *Putzler-Danzig.*

Die Orthocystoskopie, von JULIUS WEINBERG-Dortmund. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 31.) W. will durch einen Spiegel, den er im Inneren einer kleinen, „Schautrichter" genannten Vorrichtung am okularen Ende eines Cystoskops anbringt, die durch den Cystoskopspiegel bewirkte Umkehrung des Blasenbildes wieder aufheben, so daſs das cystoskopische Bild aufrecht erscheint. Der Gebrauch des Schautrichters, in den der Untersucher von oben hineinsieht, gewährt also den groſsen Vorzug, daſs sich die Blasenwand in ihrer natürlichen Lage zeigt. W. schlägt vor, die solchermaſsen verbesserte Cystoskopie als „Orthocystoskopie" zu bezeichnen. Ihr Untersuchungsgebiet ist allerdings begrenzt; man sieht mit dem Orthocystoskop nur den Blasenboden und die angrenzenden Partien, also die weitaus wichtigste Blasenregion mit den Ureterenmündungen. Speziell für den Ureterenkatheterismus ist die Orthocystoskopie von gröſstem Werte, weil sie die Einführung der Katheter auſserordentlich erleichtert. — Der Schautrichter wird von REINIGER, GEBBERT und SCHALL hergestellt. *Götz-München.*

Harnröhrendivertikel und -Ausbuchtungen, von NOAH E. ARONSTAMM-Detroit-Mich. (*New York med. Journ.* 13. Okt. 1906.) Nach Verfassers Ansicht sind die Divertikel der Harnröhre keineswegs so selten, als man allgemein anzunehmen scheint; der Grund, weshalb diese angeborenen Anomalien nicht häufiger erwähnt werden, liegt daran, daſs sie meist nur wenig Beschwerden verursachen und zufällig gelegentlich einer anderen Harnröhrenerkrankung gefunden werden. Es gibt zwei Arten dieser Anomalien: 1. das Divertikel, eine kurze, schmale, in den Harnröhrenkanal mündende Tasche, 7—12 mm lang, vom Kaliber einer Stricknadel, nicht dehnbar und 2. die eigentliche Ausbuchtung (cul-de-sac), weiter und länger als das Divertikel und blind in der Schleimhaut der Harnröhre endend. Beide Arten sind angeboren, werden selten weiter hinten als in den ersten 5—6 cm der Harnröhre gefunden und zwar meist am Boden derselben zum Unterschied von den vergröſserten Follikeln, welche gewöhnlich oben und nächst der Fossa navicularis sitzen. Im allgemeinen wenig Beschwerden verursachend, erweisen sich diese Gebilde, wenn sie einmal der Sitz von Entzündungsherden werden, als sehr schwer der Behandlung zugängig, sind dann oft die Ursache lange währenden Ausflusses, der Urethrorrhoea, und bei

Blennorrhoe der Ausgangspunkt von Strikturen verschiedener Art, besonders der bandförmigen (longitudinalen). Unter anderen Symptomen sind bei ersterer Art schmerzhafte Mixtion und Urinretention vorhanden. Die Behandlung dieser Harnröhrenanomalien ist eine ganz einfache: nach genauer Feststellung des Sitzes durch Urethroskop oder feine Sonde wird mit einem schmalen Messer, Tenotom oder Urethrotom unter Lokalanästhesie die Tasche oder Falte gespalten und werden unmittelbar darauf täglich zehn Minuten lang Sonden von zunehmender Stärke eingeführt, bis die stärkste Nummer erreicht ist. Eine andere Methode wäre Erweiterung der Harnröhre mittels Dilatation und mittels einer gewöhnlichen Putzschere (sic!). Zum Schlusse empfiehlt Verfasser, in jedem Falle chronischen Harnröhrenausflusses, wo kein genauer Grund zu eruieren ist, auf diese kleinen Anomalien zu fahnden.

Stern-München.

Verband nach Sectio alta vesicae, von G. H. Colt - London. (*Lancet.* 29. Sept. 1906.) Der hier beschriebene Apparat besteht aus einem ovalen Glasdeckel mit Seitenabflufsrohr und genau angepafstem Kautschukrande. Letzterer wird mit einer Lösung von Kautschuk in Naphta auf die Haut in der Umgebung der Inzision aufgeklebt, und der aussickernde Urin wird durch das Ausflufsrohr und einen daran befestigten Schlauch fortgeleitet. Es sind schon ähnliche Versuche von anderen gemacht worden. C. nimmt für seinen Apparat den Vorzug in Anspruch, dafs derselbe wirklich gut funktioniert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von intraperitonealer Blasenruptur, von Krueger-Togo. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 2.) Die Ruptur kam zustande durch Einwirkung einer Gewalt auf das Kreuzbein bei Bauchlage auf ebenem feuchtem Boden, ohne Verletzung der Weichteile und der Beckenknochen. Die Diagnose wurde durch Laparatomie bestätigt. Der Rifs durch Etagennähte geschlossen. Heilung innerhalb vier Wochen.

Carl Schramm-Dortmund.

Über die Bedeutung der Blasentuberkulose und die Heilbarkeit derselben, von Thorkild Rovsing-Kopenhagen. (*Arch. f. klin. Chir.* 82. Bd. 1. Hft.) Nach einem Berichte von 56 Krankheitsfällen legt der Verfasser seine Erfahrungen dahin fest, dafs die Blasentuberkulose gewöhnlich von einer primären Tuberkulose der einen oder anderen Niere verpflanzt ist. Nur ausnahmsweise greift eine primäre Genitaltuberkulose auf die Blase über, und noch seltener ist die Blase primär und allein ergriffen. Es ist deshalb die Diagnose: Cystitis tuberculosa nie zu stellen, bevor nicht der Zustand der Nieren festgestellt ist. Hierzu ist sowohl die einfache Cystoskopie, wie Untersuchung des Urins, der mittels der sogenannten Harnsegregatoren von jeder Seitenhälfte der Blase gesammelt ist, ganz unzuverlässig, weil die von einer Niere zur Blase verpflanzte Tuberkulose bald an der der gesunden Niere entsprechenden Hälfte der Blase lokalisiert, bald über beide Seitenhälften verbreitet ist. In beiden Fällen werden diese Untersuchungsmethoden zu dem Irrtum führen, dafs die Nierenaffektion doppelseitig ist. Nur die Ureterenkatheterisation mit Auffangen und Untersuchung des direkt von jedem Ureter genommenen Harns kann sichere Antwort auf die Frage geben, falls der Harn von beiden oder von einer Niere von Tuberkulose freigefunden wird. Bekommen wir dagegen tuberkulösen Harn von beiden Ureteren, so ist damit nicht gesagt, dafs beide Nieren tuberkulös sind. Denn das Material des Verfassers beweist, dafs die Blasentuberkulose durch den Ureter gegen die gesunde Niere hinauf ascendieren kann. Dieser Urin wird dann auf dem Wege durch den Ureter eitrig und bazillenhaltig, obgleich die Niere gesund ist. — In solchen, wie in den Fällen, wo die Ureterenkatheterisation wegen Blasenulcerationen oder wegen Striktur der Ureterenmündung unmöglich gemacht wird, kann ein doppelter explorativer Lumbal-

schnitt eventuell mit Ureterostomie zur Diagnose der ascendierenden Ureterentuberkulose die für die richtige Behandlung notwendigen Auskünfte über den Zustand der Nieren verschaffen.

Ist die primär erkrankte Niere entfernt, so heilt nicht selten eine beginnende oder wenig verbreitete Blasentuberkulose spontan aus.

Bleibt die Spontanheilung aus, oder breitet sich die Tuberkulose aus, oder ist sie schon über grofse Partien der Blase verbreitet, dann kann man durch die vom Verfasser angegebenen Spülungen mit 6%igem Karbolwasser die Genesung herbeiführen, wie 13 der Fälle des Verfassers erkennen lassen. *Schourp-Danzig.*

Ist die Harnblase im normalen Zustande für Bakterien durchgängig? von Livio Vincenzi, o. Professor f. allg. Pathologie an der Universität in Sassari. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 43, Hft. 3.) Aus dem Erfolge zahlreicher, von V. angestellter Tierversuche ergab sich die Möglichkeit, durch Einführung pathogener Bakterien in die Harnblase eine allgemeine Infektion hervorzurufen. Um ganz unstreitbare Resultate zu erreichen, mufs man unbedingt jede auch nur minimale Läsion der Harnblase sowie Harnröhre vermeiden. Männliche Tiere sind dazu unbrauchbar; von den weiblichen fand V. das Meerschweinchen für das geeignetste, da die Urethra kurz, die Öffnung leicht zu finden ist und die Einführung einer feinen, stumpfen Kanüle ohne jede Schwierigkeit gelingt. In vielen Fällen der experimentellen Infektion durch die Harnblase wurde nun weder an dieser noch an der Harnröhrenschleimhaut eine makro- oder mikroskopische Veränderung gefunden, so dafs man annehmen mufs, dafs die Bakterien durch die normale Blase gehen und eine allgemeine Infektion hervorzurufen imstande sind. Gegen den allfallsigen Einwand, es könnte die Infektion von der Urethra aus und nicht von der Blase herrühren, sprechen die Resultate V.s, der mehreren Tieren in die Harnröhre ziemlich grofse Mengen Bazillen brachte, aber immer ohne jeden Erfolg. Der Schlufs lautet also: die Harnblase in normalem Zustande ist für manche Bakterien durchgängig. *Stern-München.*

Über Mischgeschwülste der Blase im Kindesalter, von Rudolf Friedrich Müller. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1904.) *Fritz Loeb-München.*

Zur Pathologie und Therapie der gutartigen Harnblasengeschwülste, von M. Heinrich-Berlin. (*Arch. f. klin. Chirurg.* 80. Bd. 4. Heft.) Aus einer Übersicht über die Literatur geht hervor, dafs die intravesikalen Operationsresultate günstiger sind als die bisher durch Sectio alta erzielten. Damit ist die Existenzberechtigung der Nitzeschen Methode bewiesen, die ungefährlicher und für den Kranken wesentlich angenehmer ist. Es sollte daher die Nitzesche intravesikale Operationsmethode stets zuerst versucht werden und erst, wenn sie aus irgendeinem Grunde nicht durchführbar ist, die Entfernung mittels Sectio alta vorgenommen werden.

Es folgen die Krankheitsgeschichten von drei vom Verfasser intravesikal wegen Papilloma vesicae Operierten. In zwei dieser Fälle wurden Papillome an den verschiedensten Stellen der Blasenwand intravesikal ambulant und ohne wesentliche Berufsstörung beseitigt, während den Patienten der Entschlufs zu einer wiederholt notwendig gewordenen Sectio alta wohl wesentlich schwerer geworden wäre.

Schourp-Danzig.

Über Rezidive von Blasenpapillomen, von Alfred Molas. (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 87.) Ein kleines Papillom kann so gut wie ein grofser Tumor die Ursache einer tötlichen Hämaturie sein. Rezidive mit maligner Degeneration können eintreten.

Fritz Loeb-München.

Über Rezidive von Blasenpapillomen, von M. F. Leguen. (*Wien. Med. Presse.* 1906. Nr. 39.) L. teilt die Krankengeschichten zweier Patienten mit, bei denen Blasenpapillome rezidivierten. Manchmal liegt das daran, daſs die ursprüngliche Operation unvollständig war, manchmal sind die Papillome multipel und werden wegen ihrer Kleinheit bei der ersten Operation übersehen. Manchmal sind allerdings die Zwischenräume zwischen Operation und Rezidiv so groſs, daſs die Annahme, der zweite Tumor hätte schon zur Zeit der ersten Blaseneröffnung bestanden, hinfällig ist. Stets sind die Rezidive sehr gutartig, Heilungsprognose stets gut. Die Diagnose des Rezidivs ist sicher zu stellen, wenn wenige Monate nach der Operation Hämaturie auftritt; durch die Cystokopie wird die Diagnose in der Regel bestätigt. Genaue Inspektion der Blasenschleimhaut soll der Operation vorangehen, damit kleine Vegetationen nicht übersehen und auch verdächtige Stellen sofort entfernt oder mit dem Thermokauter zerstört werden. *Putzler-Danzig.*

Zur operativen Behandlung maligner Geschwülste der Harnblase, von Otto Lüders. (Inaug.-Dissert. Greifswald 1906.) *Fritz Loeb-München.*

Über einen Fall von Plattenepithelkrebs einer ekstrophierten Harnblase und seine operative Behandlung, von Paul Keller. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1906.) *Fritz Loeb-München.*

Über Carcinom der ektopierten Blase nebst Urinuntersuchungen in zwei Fällen von Blasenektopie, von Rudolf Henking. (Inaug.-Dissert. Marburg 1904.) *Fritz Loeb-München.*

Exstirpation eines Blasensarkoms unter Resektion der Symphyse, von Wilhelm Voigt. (Inaug.-Dissert. Kiel 1904.) *Fritz Loeb-München.*

Über einen Fall von Sarkom der Harnblase, von Karl Jäger. (Inaug.-Dissert. München 1904.) Sehr gute Kasuistik. *Fritz Loeb-München.*

Eigenartiger Fremdkörper in der Blase, von J. F. Baldwin-Columbus. (*Journ. Americ. Med. Assoc.* 1907. I. Nr. 6.) Ein 70jähriger Mann mit prostatitischer Urinretention benutzte zur Bougierung seiner Harnröhre einen zwei Zoll langen stählernen Stab, dessen eines Ende abgerundet war, während das andere Ende eine Öse zeigte, durch welches ein Draht gesteckt war. Nach fast zwölfmonatiger Anwendung riſs dem Mann die Öse aus und das Stahlstück blieb in dem Blasenhals stecken, um dann ganz in die Blase hineinzugleiten. Nach suprapubischer Cystotomie wurde der Fremdkörper leicht entfernt. *Schourp-Danzig.*

Blasenstein, Sectio alta vesicae, Genesung, von E. Huntley-Sudbury. (*Brit. med. Journ.* 1. Dez. 1906.) Der Fall betraf einen 70jährigen Mann; der Stein wog 45 g; die Inzision in der Blasenwand wurde mit Lembertnähten geschlossen. Drei Wochen nach der Operation konnte Patient schon wieder ausgehen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über einen Blasenstein mit Wachskern, Krankengeschichte und Beitrag zur Frage der diagnostischen Verwendung der Röntgenstrahlen bei Harnkonkrementen, von Alfred Rothschild-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 50.) Kasuistisches Material mit guter Abbildung der Röntgenaufnahme der Blase, welches deutlich den Stein erkennen läſst. Der Stein wog 44 g. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Erfolgreiche Entfernung einer filiformen Bougie aus der Harnblase eines Mannes durch endovesikale Manipulationen von Victor D. Lespinasse-Chicago. (*Journ. americ. med. assoc.* 1906. 13. Okt.) Bei der Bougierung eines Mannes mit Le Fortschem Bougie blieb das abgerissene filiforme Ende in der Blase liegen. Nach Ausführung der Meatotomie und internen Urethrotomie gelang es, ein Cystoskop mit Zange in die Blase einzulegen, und mit dieser wurde mit Leichtigkeit die filiforme Bougie gefaſst und entfernt. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von Totalexstirpation der Blase mit Einpflanzung der Ureteren in die Flexura sigmoidea, von Kurt Jaeger. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1906.) Während man beim Weibe die Ureteren zweckmäfsigerweise in die Vagina implantiert, gehen die Meinungen der Autoren über den Ort der Einpflanzung bei Männern noch auseinander. Aber die mit Erfolg operierten und längere Zeit beobachteten Fälle von Totalexstirpation der Blase bei Männern beweisen, dafs eine ascendierende Infektion bei Implantation der Ureteren nicht immer eintritt oder wenigstens jahrelang nicht einzutreten braucht. Es ist möglich, dafs durch eine Knickung der Ureteren oder durch eine Drehung der Flexura sigmoidea die Entstehung einer ascendierenden Infektion hintangehalten oder beschleunigt werden kann. *Fritz Loeb-München.*

Die Cystitiden nach gynäkologischen Operationen, von Guyon. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 49.) Um die Entstehung von Cystitiden infolge Katherisierung nach gynäkologischen Operationen zu verhüten, genügt Asepsis nicht; es bedarf dazu der Antisepsis der Blase, die erzielt wird durch wiederholte Spülungen mit 1—2 ‰iger Höllensteinlösung. In einem Falle, in dem diese Vorsichtsmafsregel nicht gebraucht wurde, kam es zu ammoniakalischer Zersetzung des Harns und infolgedessen zur Bildung warzenartiger, leicht blutender, eine Neubildung vortäuschender Wucherungen der Blasenschleimhaut. Die Behandlung solcher Fälle besteht im Curettement der Blase von der Harnröhre aus. *Götz-München.*

Die Therapie der akuten und chronischen Cystitis, von S. Ehrmann-Wien. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 49.) Artikel enthält eine ausführliche Beschreibung und Würdigung der Cystitistherapie. Einzelheiten sind im Original nachzulesen. *Carl Schramm-Dortmund.*

Ein Vorschlag zur Vermeidung der Kathetercystitis, von Ottfried O. Fellner-Wien. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 50.) Von einer guten Kathetersterilisierungsmethode für Frauen verlangt Verfasser, dafs der Katheter in der Urethra nicht mit infektiösem Material in Berührung komme und zweitens, dafs der Autoinfektion der Urethra vorgebeugt werde.

Um diesen beiden Bedingungen gerecht zu werden, wendet Verfasser folgendes Verfahren an. Die Harnröhre wird mit einem metallenen Doppelkatheter mit 30gradiger 4 %iger Borsäure gründlich ausgespült. In einzelnen Fällen hat diese Ausspülung den Vorteil, dafs die Patienten nunmehr selbst urinieren können; in allen übrigen Fällen wird nicht allein vollkommen reines Terrain für die Einführung des Katheters erreicht, sondern dadurch auch die physiologische Reinigung der Harnröhre durch den Urin ersetzt, somit also der Autoinfektion vorgebeugt. Nunmehr führt der Verfasser, ohne die Schamlippen losgelassen zu haben, den Katheter ein und spült zum Schlufs noch die Blase mit Borsäure aus, läfst etwas Borsäure in derselben zurück und zieht den Katheter — während die Borsäure noch immer ausfliefst — aus der Harnröhre heraus. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Neuer experimenteller Beitrag zur Entstehung der Cystitis cystica, von R. Giani-Rom. (*Centralbl. f. allgem. Pathol. usw.* 1906. Nr. 22.) Verfasser hat bei einer Reihe von Kaninchen die Harnblasenschleimhaut möglichst gründlich mit dem scharfen Löffel abgetragen. Schon nach wenigen Tagen ist eine Regeneration des Epithels von stehengebliebenen Inseln ausgehend, zu bemerken; nach 10—15 Tagen hat sich eine neue Schleimhaut gebildet. Dann beginnt das Epithel zapfenförmig in die Submucosa vorzuwuchern und sich zum Teil allmählich von der Kontinuität der Schleimhaut zu lösen. Die zentral gelegenen Zellen dieser Nester zerfallen und es bilden sich mit Detritus gefüllte Cysten. Diese rücken gegen die Oberfläche der Schleimhaut vor, diese vorwölbend; damit ist das typische Bild der Cystitis cystica fertig. Schliefslich platzen die Cysten, ihre Wände legen sich aneinander und gehen

im Epithel der Schleimhaut auf. Ähnlich denkt sich der Verfasser auch die Entstehung der Cystitis cystica beim Menschen. Er nimmt an, daſs stets ein auslösender Reiz vorhanden ist, der das Epithel zur Wucherung und den weiteren Prozessen veranlaſst. *Carl Schramm-Dortmund.*

Über Behandlung der Cystitis. Erwiderung, von Boss-Straſsburg i. E.

Antwort auf vorstehende Erwiderung, von Hochheim-Halle. (*Die ärztl. Praxis.* 1906. Nr. 16.) Hochheim hatte vorgeschlagen, statt Gonosan bei Cystitis die billigen und nach seinen Erfahrungen ebenso wirkende pulverisierte Kawawurzel zu gebrauchen.

Boss bezeichnet diesen Vorschlag als nicht rationell: das wirksame der Kawawurzel (das $\alpha + \beta$ Harz) sei in derselben nur zu 5 % enthalten; sie enthält dabei noch heterogene Bestandteile, deren Wirkung nicht feststeht; mit der Zeit verflüchtigt sich das Kawawurzelpulver, wodurch seine Wirkung illusorisch wird. Auch der Reizunterschied sei — wenn man neben Radix piperis methystici nach Vorschlag von Hochheim noch Sandelöl verordnet — ein minimaler.

Demgegenüber erwidert Hochheim, daſs er das Kawawurzelpulver keineswegs als Panacee gegen Cystitiden erklärt, betrachtet es aber nach eigener Erfahrung als ein — besonders in der Armenpraxis — sehr empfehlenswertes Mittel.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Die Behandlung der Cystitis mittelst Alkohol, von J. Sellei-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1906. Nr. 41.) Mit 5—15 %igen wässerigen Lösungen von Alkohol gelingt es, die Bakterienvermehrung in der Blase zu hemmen, und bei chronischer Cystitis, z. B. bei Prostatahypertrophie, nach Blennorrhoe die Erkrankung günstig zu beeinflussen. Die Blasenspülungen sollen zwei- bis dreimal wöchentlich gemacht werden, die Konzentration der Flüssigkeit kann von 5 % auf 15 % erhöht werden. Die eintretende Irritation ist geringer als bei den gebräuchlichen Argentum nitricum-Lösungen. *B. Kollarits-Budapest.*

Verschiedenes.

Das Institut und die Methode Finsen in Kopenhagen, von Nuesse-Kiel. (*Ther. d. Gegenw.* 1907. Nr. II.) Verfasser gibt einen Auszug aus einem ausführlichen Bericht an die Medizinalabteilung des Reichsmarineamts, um den Einwänden zu begegnen, die teilweise immer noch gegen die Finsenbehandlung bei Lupus gemacht werden. Die Leitung des Institutes haben jetzt Forchhammer und Reyn, die eigentliche Lichtbehandlung wird von 50 geschulten Wärterinnen ausgeführt, so daſs gleichzeitig 34 Personen behandelt werden können, es handelt sich meist um Lupuskranke, etwa 120—180 täglich. Der gute Erfolg ist hinreichend bekannt. Andere als Lichtbehandlung ist im Institut nur von untergeordneter Bedeutung und wird nur zur Hilfe genommen, um die Lichtbehandlung in groſsen und vernachlässigten Fällen vorzubereiten. Für den Dermatologen enthält die Arbeit wenig Neues.

Bernhard Schulze-Kiel.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 44. №. 9. 1. Mai 1907.

Aus Dr. Unnas Dermatologicum in Hamburg.

Neue Studien über die Hornsubstanz.

Von

P. G. Unna und Dr. Lazar Golodetz,
Chemiker des Dermatologicums.

(Fortsetzung und Schlufs.)

Mit einer Tafel und einer Abbildung im Text.

B. Tierische Hornsubstanzen.

Wir haben mit den im Vorhergehenden beschriebenen Methoden viele tierische Hornsubstanzen, die wir in gröfserer Menge leicht erhalten konnten, untersucht. Wie es zu erwarten war, erwiesen sich alle für Pepsinsalzsäure unverdaulich. Die folgenden Untersuchungen beziehen sich daher allein auf die Einwirkung rauchender Salpetersäure. Wir können unter diesen Hornsubstanzen etwa vier verschiedene Kategorien unterscheiden.

Dem menschlichen Nagel am ähnlichsten verhalten sich: Rehklaue, Pferdehuf, Kalbshuf, Ochsenhorn, Büffelhorn, Schafhorn, Nashorn.

Es folgen sodann verschiedene Haare: von Pferd, Meerschweinchen, Ziege, Ochs, Reh, Hund, Katze, Schaf, Hase, Kaninchen, Ratte, Maus.

Die dritte Kategorie wird von diversen Federn gebildet, und zwar von: Taube, Ente, Huhn, Gans, Fasan, Rebhuhn.

Eine vierte Gruppe endlich bildet das Schildpatt und das Fischbein.

1. Klauen, Hufe und Hörner.

In der ersten Gruppe stehen dem menschlichen Nagel am nächsten die Rehklaue, der Pferdehuf und Kalbshuf, und unter diesen am allernächsten die Rehklaue (vgl. Fig. 1, 2, 3.) Während der menschliche Nagel durchweg aus den gleichen Elementen, den Nagelzellen, besteht, setzen sich die analogen tierischen Gebilde sämtlich aus zwei wohl zu unterscheidenden Elementen zusammen, die man kurz als „Mark“ und

„Zwischenhorn" bezeichnen kann. Nur das letztere entspricht genau dem menschlichen Nagel, indem es wie dieser lediglich aus gleichartigen Hornzellen besteht, die in ihrer Hülle Keratin A und in ihrem — auch kernhaltigen — Inhalt Keratin B aufweisen (s. Fig. 3). Die komplizierende Erscheinung des Markes beruht darauf, daſs bestimmte Anteile der Klauen und Hufe (nicht alle) an ihrer Basis einen Papillarkörper mit sehr langen, dünnen, hoch in die Hornbildung hinaufreichenden Papillen tragen. Wie überall, so zeichnen sich auch hier die über den Papillenspitzen liegenden Hornmassen vor den dazwischen liegenden durch veränderte Form und stärkere Quellung aus. Dieser modifizierende Einfluſs der Papillen drückt sich in dem darüberliegenden Horn mit einer geradezu mathematischen Genauigkeit aus, so daſs jeder einzelnen Papille in gradliniger Fortsetzung ein Strahl entspricht, welcher sich von dem übrigen Horn scharf absetzt und bis an die Oberfläche des Gesamthorns reicht. In seiner schwächsten Ausprägung zeigt das Mark nur eine Veränderung der Form der Hornlagen, indem diese kuppelartig im Strahl übereinandergeschichtet sind, aber die einzelnen Zellen noch ihre wesentlich horizontale Lagerung und platte Gestalt bewahren. In dieser schwachen Ausprägung entspricht das Mark gewissen, bei krankhaft veränderten Nägeln des Menschen (Onychogryphose) und harten Warzen beschriebenen, markähnlichen Bildungen. Wir haben diese sehr schön ausgebildet in der Rehklaue gefunden. Beim Kalbshuf und Pferdehuf treffen wir stärker ausgeprägte Markstrahlen, in welchen die Lagerung der einzelnen Zellen in eine vollständig vertikale ausgeartet ist und die ganzen Strahlen vertikal gerichtete, die Papillen fortsetzende Hornzylinder darstellen, die aus mehr oder weniger zahlreichen Lagen von platten Hornzellen bestehen. Man hat diese in der Fortsetzung der Papillen liegenden, soliden Zylinder beim Pferdehuf: Hornsäulchen und ihre weitere Fortsetzung Hornröhrchen genannt, indem es in diesen durch zentrale Eintrocknung allmählich zur Ausbildung von Lufträumen kommt. Die verschiedenen Hufe und die verschiedenen Teile derselben unterscheiden sich hauptsächlich dadurch, daſs in denselben das Zwischenhorn vor den Markstrahlen in mehr oder weniger bedeutendem Maſse vorwiegt. Diese Präponderanz des Zwischenhorns in den hufartigen Bildungen bedingt es, daſs wir in denselben gegenüber den gleich zu besprechenden Haaren und Federn eine annähernd gleichartige Hornsubstanz vor uns haben.

Die chemische Untersuchung dieser Hufbildungen führt ebenfalls zu dem Resultat einer gleichartigen Struktur, indem sie lehrt, daſs auch die in das Zwischenhorn eingestreuten Markstrahlen nur aus den Keratinen A und B bestehen.

Um zu guten Präparaten der Hufbildungen zu gelangen, werden diese mit einem scharfen Messer geschabt und die Schnitzel in einem Schälchen

mit rauchender Salpetersäure von spezifischem Gewicht 1,5 übergossen. Die Verdauung geht nur langsam von statten, während die Xanthoprotein-Alkali-Reaktion fast momentan eintritt. Nach einer Stunde ist die Verdauung noch nicht beendet; bringt man zu dieser Zeit die Präparate in alkalische Flüssigkeit, so erscheint sowohl der Zellinhalt des Zwischenhorns wie die ganzen Markstrahlen tiefgelb. Erst etwa nach sechs Stunden tritt eine vollkommene Verdauung ein; dann zeigt das Zwischenhorn nach geeigneter Färbung[18] das bekannte Bild des Hornnetzes (s. Fig. 1 und 2) indem die Hornhüllen der Zellen allein zurückbleiben und die Markstrahlen verschwunden sind; letztere bestehen also, wie der Inhalt der Zwischenhornzellen, allein aus dem Keratin B.

Dieselbe Scheidung des Horns in Zwischenhorn und Mark wie bei den Hufen besteht auch bei den Hörnern, von denen wir Ochsen-, Büffel-, Schaf- und Nashorn untersuchten. Die für uns wichtigste, weil einheitlichste und zum gröfsten Teile aus Zwischenhorn bestehende Substanz lieferte das Ochsenhorn (und Büffelhorn). Eine mittlere Stellung nimmt das Nashorn ein; am meisten Mark zeigte das von uns untersuchte Schafhorn. Der rauchenden Salpetersäure gegenüber verhielten sie sich sämtlich wie die Hufbildungen und zwar haftete die Xanthoprotein-Alkali-Reaktion in ganz besonders hohem Grade an den Markstrahlen. Obwohl das Nashorn ziemlich viel Mark enthält, so scheint es sich doch zur Reindarstellung des Keratins A ganz gut zu eignen, da das Mark bei der Verdauung auffallend leicht verschwindet. Im allgemeinen lehrt ein Rückblick auf die Huf- und Hornbildungen, dafs diese wegen ihrer relativ einfachen und einheitlichen Struktur zur Gewinnung von Keratin A wohl verwendbar erscheinen.

2. Haare von Tieren.

Die tierischen Haare lassen ebenso wie die Menschenhaare im allgemeinen die drei, nie vollständig fehlenden Bestandteile: Mark, Rinde und Oberhäutchen erkennen. Da die pigmentierten Haare sich eben nur durch ihren Pigmentgehalt von den übrigen unterscheiden, so geht man zweckmäfsigerweise stets von wenig oder garnicht pigmentierten, weifsen Haaren aus. Nach der Behandlung mit rauchender Salpetersäure während ein bis zwei Stunden und Abspülung in schwach alkalischem Wasser (Leitungs-

---

[18] Die Schnitte werden von der Salpetersäure aus direkt in 5°/oige Kalilauge gebracht, um die Xanthoproteinsäure rasch und gründlich zu entfernen. In dieser werden sie durchsichtig und verlieren die anfangs entstandene gelbbraune Farbe. Die schleierartigen, feinen Schnitte kommen dann in Wasser und auf dem Objektträger in einen Tropfen stark verdünnter polychromer Methylenblaulösung, wo sie sich rasch färben.

wasser genügt schon bei den Haaren) erscheint das Mark stets tiefgelb, die Rinde etwas gelb, das Oberhäutchen farblos (s. Fig. 5, vgl. auch Fig. 4). Die nachfolgende Färbung mit polychromer Methylenblaulösung färbt nur das Oberhäutchen blauviolett, während das Mark und die Rinde nur eine ganz schwache Färbung annehmen und daher gelbgrün erscheinen (vgl. Fig. 6 und 7). Auf diese Weise läſst sich bei sorgfältiger Färbung in allen Fällen die Zusammensetzung des Haares aus seinen drei Bestandteilen kenntlich machen, selbst dann, wenn von einem, z. B. dem Mark oder der Rinde, nur sehr wenig vorhanden ist.

Je nachdem das stark in die Augen springende Mark vorwaltet oder nicht, läſst sich die ganze Reihe der untersuchten Tierhaare in zwei Kategorien bringen, eine markreiche und eine markarme. Zu den Tieren mit markreichen Haaren gehören: Kaninchen, Hase, Maus, Ratte, Meerschweinchen, Ziege, Hund, wobei der Markgehalt in der gegebenen Reihenfolge abnimmt. Zu den Tieren mit markarmen Haaren gehören: Pferd, Ochs, Katze, Schaf.

Untersucht man dieselben Haare ohne die Xanthoprotein-Alkali-Reaktion nur auf Grund der Färbung mit basischen Anilinfarben oder Karmin, so erhält man ganz dieselbe Einteilung in zwei Kategorien. Denn die markreichen Haare zeichnen sich auch sämtlich durch ihren Reichtum an Hyalin (Trichohyalin) aus, das dem Mark eigentümlich und stark tingibel ist. Hierin treten die Haare der markreichen Gruppe in einen Gegensatz zum Menschenhaar, bei welchem, wie wir oben gesehen haben, in dem die Haut überragenden Haarschaft nur noch wenig Hyalin nachzuweisen ist. Andrerseits nähert sich die zweite Gruppe der markarmen Haare in diesem Punkte dem Verhalten des Menschenhaares.

Der bedeutende Gehalt des Kaninchenhaares an Hyalin gab uns Gelegenheit, das Hyalin in gröſseren Mengen zu gewinnen und rein darzustellen. Wir benutzten dazu die Eigenschaft der Kalilauge, das Hyalin intakt zu lassen, während sie das Keratin auflöst. Wir übergossen 50 gr Kaninchenhaare mit einer Lösung von 125 gr Kali auf 500 Wasser und lieſsen sie einen Tag stehen, während öfters umgerührt wurde. Am nächsten Tage waren die Haare zerfallen und bildeten eine breiartige Masse, die portionenweise mit Wasser in der Zentrifuge ausgewaschen wurde. Der anfänglich weiſse Brei bräunte sich an der Luft und bildete nach dem Trocknen eine spröde Masse, die sich pulvern lieſs. Das auf diese Weise gewonnene Hyalin zeigt nach längerem Kochen mit Kalilauge und Zusatz eines Bleisalzes die Gegenwart von Schwefel an. Es ist nicht nur unlöslich in starken Alkalien, sondern in der Kälte auch in starken Säuren (25%ige Schwefelsäure, konzentrierte Salzsäure, Königswasser, Eisessig, konzentrierte und rauchende Salpetersäure) sowie in Pepsin-Salzsäure und in Eiweiſs lösenden Salzen. Nur die konzentrierten Säuren

greifen es in der Hitze an und lösen es unter Zersetzung; hierin ist uns ein Mittel gegeben, die Hornsubstanz durch Kochen mit konzentrierten Säuren von ihrem Hyalingehalt zu befreien.

In kleineren Mengen konnten wir das Hyalin auch aus den Haaren von Meerschweinchen, Ziegen, Ratten und Mäusen darstellen, wobei es im großen und ganzen trotz oft großer Verschiedenheit der Form der Hyalinklumpen dieselben chemischen Eigenschaften erkennen ließ.

Dieselben Haare, welche am meisten Hyalin enthielten, produzierten auch bei Behandlung mit rauchender Salpetersäure am meisten Gase. Dieselben wurden genauer untersucht beim Haar von Kaninchen, Hasen und Ziegen und ergaben die Anwesenheit von CO_2 und event. SO_2.

Aus dieser kurzen Beschreibung des Hyalins der Haare geht zur Genüge hervor, daß es sich erheblich vom Keratin in seinen chemischen Eigenschaften unterscheidet, speziell in seiner Resistenz gegen Alkalien. Es unterliegt daher keinem Zweifel, daß ein an Hyalin reiches Haar nicht einfach als einheitliches Horngebilde betrachtet werden kann.

Wenden wir uns jetzt zu der zweiten Kategorie, d. h. zu denjenigen Haaren, die dem Menschenhaare durch ihre Armut an Mark und Hyalin ähnlich sind. In diesen bildet die Rindensubstanz die Hauptmasse, die, wie wir schon bei Besprechung des Menschenhaares betont haben, sehr reich an stark tingibeln Kernresten ist (vgl. Fig. 4, 5, 6, 8, 9). Diese Kernreste sind, wie das Hyalin, außerordentlich resistent gegen die stärksten chemischen Reagentien, so daß es uns auf keine Weise gelang, dieselben aus den Rindenzellen zu entfernen. Viel eher wurde die Rindensubstanz z. B. durch starke Alkalien angegriffen, während die Kernreste unversehrt blieben. Die Kernreste sind es auch, welche bei der Xanthoprotein-Alkali-Reaktion die stärkste Gelbfärbung innerhalb der Rindensubstanz annehmen (vgl. Fig. 4, 5 und 6). Am besten und stärksten treten die Kernreste an Haaren vom Pferd und Ochsen hervor, welche nach Behandlung mit rauchender Salpetersäure und Alkalien mit polychromer Methylenblaulösung oder Wasserblau gefärbt werden (vgl. Fig. 8 und 9).

So verlockend es erscheint, die im Bau dem menschlichen Haare ähnlichen Pferdehaare der chemischen Untersuchung des Keratins zugrunde zu legen, so ist ein solches Beginnen doch ausgeschlossen schon im Hinblick auf die Menge von Kernresten, die nach einer oberflächlichen Schätzung zuweilen ein Fünftel der gesamten Rindensubstanz ausmachen. Die erste Kategorie der Haare enthält eine so starke Beimischung von Hyalin, die zweite von Kernresten, daß an eine Reindarstellung des Keratins aus den Haaren überhaupt nicht zu denken ist.

Unter Beibehaltung unseres aus den Hornsubstanzen des Menschen erprobten Verdauungsschemas müssen wir sämtliche Tierhaare als aus Keratin A (Oberhäutchen) und Keratin C (Rinde und Mark) bestehend

charakterisieren. In dem Keratin C sind als Beimengungen, wie wir jetzt wissen, teils vorwiegend Hyalinmassen, teils vorwiegend Kernreste vorhanden.

3. Federn.

So sehr sich die verschiedenen Federarten der oben angeführten Vögel in Farbe, Gröfse und Gestalt unterscheiden, so gleichen sie sich doch sehr in ihrem chemischen Verhalten der rauchenden Salpetersäure gegenüber. Im allgemeinen sind sie in dieser Beziehung sehr resistent.

Wir unterscheiden an den grofsen Konturfedern den markhaltigen, mittleren Schaft oder Hauptschaft und die davon nach zwei Seiten senkrecht abgehende Fahne (Bart). Diese besteht aus einer Menge parallel verlaufender Strahlen, welche ihrerseits wieder einen feineren Schaft (Nebenschaft) und senkrecht oder schräge davon abgehende, feine, parallele Hornfäden (Nebenstrahlen) erkennen lassen. Am Grunde der Konturfedern werden die gewöhnlichen, geraden und harten Strahlen häufig ersetzt durch weiche, gekräuselte, wie sie den Dunenfedern zukommen. Die Dunenfedern bilden das weiche und fast immer farblose Hornkleid der Vögel, welches die Haut zunächst umgibt und von den Konturfedern bedeckt wird. Sie bestehen aus weichen, gekräuselten Hornfäden, welche von einem sehr feinen und kurzen, oft nur punktförmigen Schaftstück entspringen und radiär ausstrahlen.

Der Schaft und die Nebenschäfte der Konturfedern bestehen aus einer Rindensubstanz und dem Mark, welches zum gröfsten Teile lufthaltig und zwar viel lufthaltiger als das Mark der Haare ist. Die von den Nebenschäften abgehenden Nebenstrahlen stellen verschieden gestaltete Hornfäden dar: entweder ungegliederte Reihen einfacher, platter Zellen, welche nach der Spitze zu immer schmäler werden und in der Mitte einen Kernrest aufweisen oder gegliederte, runde, kernlose Fäden, deren einzelne Glieder so mit einander verlötet sind, dafs das obere in eine kelchartige Verdickung des unteren eingelassen ist.

Die Behandlung der verschiedenen Teile aller Federn mit rauchender Salpetersäure ergibt nun folgendes: Alle Haupt- und Nebenschäfte färben sich, hauptsächlich durch ihren reichen Gehalt an Mark, gelb und halten diese Xanthoproteinfärbung auch gegenüber basischen Farben fest; da sie überdies in derselben Säure unverdaulich sind, besitzen sie mithin alle Merkmale des Keratins C. Dagegen findet sich das Keratin A um so ausgeprägter an den Federn, je feiner und dünner dieselben werden. Alles im vorigen als Hornfäden Bezeichnete nimmt die Xanthoprotein-Alkali-Reaktion nicht an, dagegen sehr begierig basische Farbstoffe auf und ist vollständig unverdaulich in rauchender Salpetersäure. Wir würden also in diesen feinsten Ausläufern der Federn überall die reine Hornsubstanz A

vor uns haben, wenn nicht einige (besonders die Hornfäden der Konturfedern) Kernreste erkennen liefsen, mithin nicht als vollkommen rein bezeichnet werden können. Eine reine Hornsubstanz liefern uns mithin nur die Flaumfedern (Gans, Ente, Huhn, Taube, Fasan, Rebhuhn), auch die technisch verwendeten im Handel vorhandenen Dunenfedern (Gans), wenn man aus diesen die kleinen Schaftstücke entfernt.

4. Fischbein, Schildpatt.

Vom Fischbein haben wir ein stäbchenartiges, am Ende aufgefasertes Stück untersucht, welches makroskopisch den Eindruck eines durch eine Zwischenmasse verklebten Bündels von Haaren machte. Mikroskopisch erwies es sich auf Querschnitten als aus zwei Teilen bestehend, einer peripheren, dicken, hellen Schicht homogenen „Zwischenhorns" und einer zentralen, dunklen Schicht, die sich aus dicht gelagerten, haarähnlichen Gebilden zusammensetzte. Die Zwischenräume dieser letzteren werden von derselben Hornmasse ausgefüllt, welche die ganze periphere Schicht bildet. Die haarähnlichen Gebilde zeigen jedes im Zentrum eine scharf geschnittene, zylindrische Höhlung, die nur zum kleineren Teil mit solidem Inhalt, zum gröfseren mit Luft gefüllt ist, entsprechend dem Mark der Haare. In vielen konzentrischen Lagen werden diese Markräume von pigmenthaltigen Hornzellen umgeben, die in ihrer Gesamtheit etwa der Rinde von Haaren entsprechen, aber bei stärkerer Vergröfserung einen allmählichen Übergang in die unpigmentierten, kernhaltigen Zellen des Zwischenhorns erkennen lassen.

Die Behandlung solcher Schnitte mit rauchender Salpetersäure ergibt, dafs das Zwischenhorn sich genau verhält wie die Substanz der Hufe, Klauen und Hörner, d. h. der Inhalt der Zellen (Keratin B) wird verdaut mit Hinterlassung eines netzartigen, aus Keratin A bestehenden Rückstandes. Die haarähnlichen Gebilde geben im Mark, soweit es solide ist, und in der Rinde eine starke Xanthoprotein-Alkali-Reaktion und werden nicht verdaut, zeigen mithin die Merkmale des Keratins C und reihen sich also auch in chemischer Beziehung den echten Haaren an. Im Ganzen erscheint hiernach das Fischbein als ein Komplex von Hornsubstanzen, die teilweise der ersten, teilweise der zweiten Kategorie angehören.

Zur Reindarstellung des Keratins A aus Fischbein wäre hiernach nur das Zwischenhorn geeignet, wenn man es in gröfseren Massen, rein von den haarähnlichen Bildungen, gewinnen kann.

Vom Schildpatt untersuchten wir eine dünne, durchscheinende, braune Platte, die schon makroskopisch eine Zusammensetzung aus einzelnen, parallelen Lagen erkennen liefs. Durch Abhobeln mit einer Ziehklinge erhielten wir feine, senkrecht zur Platte geschnittene Späne, die

sich direkt zum Verdauen und Färben eigneten. Diese senkrechten Schnitte zeigen, daſs die ganze, etwa 1 mm dicke Platte aus zehn bis zwölf planparallelen Schichten besteht, welche in ihrer ganzen Ausdehnung und unter sich ganz gleich gebaut sind. Eine jede derartige Schicht besteht je nach ihrer Dicke aus 7 bis 15 und mehr Lagen von dicht aneinanderliegenden Hornzellen und ist nach einer — nämlich wohl sicher der äuſseren — Seite hin begrenzt von einer einfachen, stärker lichtbrechenden Lage schmälerer, wie eingetrockneter Hornzellen. Diese Zellenlage, welche jede Schicht nach auſsen in Form eines schmalen Bandes (auf dem Querschnitt) begrenzt, hebt sich schon bei einfacher Färbung durch ihre dunklere Farbe ab. Weit besser aber treten diese Grenzlagen an den Schnitten hervor nach Behandlung mit rauchender Salpetersäure, indem grade sie vorzugsweise die Xanthoprotein-Alkali-Reaktion geben und den gelbgefärbten Schnitt, ähnlich wie die Jahresringe am Querschnitt eines Baumes, als eine Anzahl tief dunkelgelber, paralleler Bänder durchziehen.

Bei längerer Verdauung mittelst der rauchenden Salpetersäure zeigt sich nun, daſs die Grenzlagen ganz unverdaulich sind, mithin den Typus Keratin C repräsentieren, während das Zwischenhorn sich genau wie Hufe, Klauen und Hörner verhält, d. h. nach Verdauung aller Zellinhalte (B) die Zellenhüllen als unverdauliches Netz hinterläſst. Nur dieses besteht also aus Keratin A. Wegen des in regelmäſsigen Abständen das Schildpatt durchziehenden Keratins C ist dasselbe zur Reindarstellung des Keratins A nicht gut geeignet.

Überblicken wir die hier in Kürze mitgeteilten Verdauungsversuche sämtlicher tierischen Hornsubstanzen, so erscheint es am aussichtsvollsten, zur Reindarstellung des Keratins A die betreffenden Hornmassen aus unserer ersten Kategorie der Klauen, Hufe und Hörner zu wählen. Denn hier besteht die Aussicht, daſs die das Keratin A verunreinigenden Kernreste und Markstrahlen bei zweckmäſsiger, aufeinander folgender, mechanischer Verkleinerung und chemischer Verdauung zusammen mit den verdaulichen Anteilen (Keratin B) vollkommen herausgeschwemmt werden.

Ergebnisse.

1. Die Hornsubstanzen sind chemisch und anatomisch keine einheitlichen Stoffe; sie bestehen vielmehr alle aus ungleichartigen Teilen, die sich gegen Verdauungs-, Lösungs- und Färbemittel verschieden verhalten.

2. Die bisherigen Elementaranalysen sind an einem Material ausgeführt, welches nachweislich fremde, jedenfalls nicht zum Keratin gehörende Beimengungen (Kernreste, Hyalin) enthalten hat.

3. Hieraus läſst sich die auffallend geringe Übereinstimmung der bisher gewonnenen elementaranalysischen Daten erklären; das Ziel der

Hornforscher mufs in Zukunft dahin gerichtet sein, von einem einheitlichen, von irgendwelchen Beimengungen freien Hornmaterial auszugehen.

4. Wir besitzen in der rauchenden Salpetersäure ein Mittel, um sowohl (bei kurzer Einwirkung) die einzelnen Bestandteile der Hornsubstanz mikroskopisch zu differenzieren, als auch (bei langer Einwirkung) das reinste Keratin zu isolieren.

5. Mit Hilfe der rauchenden Salpetersäure lassen sich drei Arten des Keratins unterscheiden: Keratin A, B, C.

6. Keratin A ist charakterisiert durch Unverdaulichkeit in Pepsinsalzsäure und rauchender Salpetersäure und das Ausbleiben der Xanthoprotein-Alkali-Reaktion (Gelbfärbung).

7. Keratin B ist charakterisiert durch Unverdaulichkeit in Pepsinsalzsäure, Verdaulichkeit in rauchender Salpetersäure und Auftreten der Xanthoprotein-Alkali-Reaktion.

8. Keratin C ist charakterisiert durch Unverdaulichkeit in Pepsinsalzsäure und rauchender Salpetersäure und Auftreten der Xanthoprotein-Alkali-Reaktion.

9. Mit Hilfe dieser Reaktion ordnen sich die Hornsubstanzen folgendermafsen:

a) Nägel, Klauen, Hufe, Hörner enthalten Keratin A und B.
b) Haare enthalten Keratin A und C.
c) Federn enthalten zum Teil Keratin A, zum Teil Keratin A und C.
d) Fischbein und Schildpatt enthalten stellenweise Keratin A und B, stellenweise Keratin C.

10. Das Keratin A, das reinste Keratin, ist in allen Horngebilden der Aufsenwelt am nächsten gelegen.

11. Die meisten Hornsubstanzen liefern bei der Einwirkung von rauchender Salpetersäure Gase, unter anderen Kohlensäure und vielleicht Schwefeldioxyd; diese Gase rühren von den Keratinen B und C her, da Keratin A von der rauchenden Salpetersäure nicht angegriffen wird.

12. Das Hyalin der Haare (Trichohyalin VÖRNER) ist gegen Alkalien sehr resistent, löst sich aber bei Behandlung mit starken Mineralsäuren in der Wärme. Es ist sicher eine Proteinsubstanz, da es isoliert eine intensive Xanthoprotein-Alkali-Reaktion gibt.

13. Die widerstandsfähigste Beimengung der Hornsubstanzen liefern die Kernreste; sie werden von den stärksten Alkalien und Säuren in der Kälte nicht angegriffen.

Tafelerklärung.

(Vergr. durchschnittlich 90 : 1.)

Fig. 1. Durch rauchende Salpetersäure verdauter Schnitt der Rehklaue, mit Hämatein-Alaun gefärbt. Der Inhalt der Hornzellen, Keratin B, ist herausgedaut; das übrig gebliebene Netz besteht aus Keratin A.

Fig. 2. **Dasselbe, ein dickerer Schnitt. Einzelne, nicht angeschnittene Hornzellen lösen sich als hohle Hornblasen (h) aus dem Verbande der übrigen.**

Fig. 3. **Dasselbe; Xanthoprotein-Alkali-Reaktion nach kurzer Behandlung mit rauchender Salpetersäure. Färbung des gelben Schnittes mit polychromer Methylenblaulösung. Der Zellinhalt (Keratin B) ist gelbgrün gefärbt, das Zellhüllennetz (Keratin A) zeigt eine reine blaue Färbung.**

Fig. 4. **Menschliches Barthaar, mit rauchender Salpetersäure behandelt; ungefärbt, ohne Abblendung gesehen. Mark (m) und Rindensubstanz (r) (Keratin C) sind gelb gefärbt, vor allem das Mark tief dunkelgelb. Innerhalb der Rindensubstanz erscheinen die Kerne als dunkelgelbe Stäbchen. Das Oberhäutchen ist abgefallen.**

Fig. 5. **Pferdeschweifhaar, mit rauchender Salpetersäure behandelt; ungefärbt, mit Abblendung gesehen. Auch hier ist Mark (m) und Rinde (r) stark gefärbt, das erhaltene Oberhäutchen (o) kaum gefärbt. Man sieht dasselbe nur bei starker Abblendung, wobei die stäbchenförmigen Kernreste der Rinde nur als linienförmige Schatten hervortreten.**

Fig. 6. **Hundehaar; Xanthoprotein-Alkali-Reaktion und nachfolgende Färbung mit pol. Methylenblaulösung. Mark grün, Rinde mit Kernresten grünlich, Oberhäutchen blau gefärbt.**

Fig. 7. **Menschliches Barthaar, wie das vorige behandelt. Man sieht in dem das Haar noch wie ein Schleier einhüllenden Oberhäutchen (o) eine quere Streifung, entsprechend den freien Kanten der sich dachziegelförmig deckenden Oberhäutchenzellen.**

Fig. 8. **Menschliches Barthaar, wie das vorige behandelt, durch langes Liegen in Alkali entfärbt und mit Wasserblau gefärbt.**

Fig. 9. **Dasselbe durch NH_3 in Zerfall gebracht. Das Mark dunkelblau gefärbt, soweit es frei gelegt ist, umgeben von frei gewordenen Kernresten (K) der Rindensubstanz.**

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 83. Heft 3. März 1907.

I. Die histologischen Veränderungen des Lupus vulgaris unter Finsens Lichtbehandlung, von Hans Jansen - Kopenhagen und Ernst Delbanco - Hamburg. Ein Lupusknoten verschwindet fast nie nach nur einer Sitzung, oft erst nach 10 bis 20 Sitzungen, zwischen denen man längere oder kürzere Pausen machen mufs. In diesen Pausen tritt eine Zuheilung ein, welche in der folgenden Sitzung wieder zerstört wird. Dadurch erhalten die Präparate des öfters belichteten Lupus ein besonderes Aussehen. Die ersten sichtlichen Wirkungen einer Finsenbestrahlung sind Gefäfserweiterung und Ödem, darauf folgt celluläre Nekrose und Schorfbildung und danach eine demarkierende Entzündung mit Leukocytenauswanderung und sehr lebhafter Regeneration. Das Ödem macht sich bald in den deckenden Epithelien und in dem obersten Teile der lupösen Infiltration geltend. Die intercellulären Spalträume werden erweitert, das Protoplasma der Zellen wird vakuolisiert und wird wie ausgewässert. In den deckenden Epithelien tritt das Bild des Unnaschen spongioiden Zustandes auf. In der lupösen Infiltration sieht das Ödem wie eine Verdunkelung

oder ein Verfließsen, ein Undeutlichwerden der Konturen aus. Man sieht bei starker Vergrößserung sehr bedeutende Vakuolisation der epitheloiden und Riesenzellen; das ganze Gewebe erscheint schwammig. In dem umgebenden Bindegewebe schwillt das Kollagen etwas an und die Bündel werden auseinandergesprengt. Das das Ödem bedingende Exsudat ist nicht rein serös, sondern enthält eine große Menge Fibrin. Einen Tag nach der Belichtung sind die Epithelzellen getötet, ebenso die oberflächlichen lupösen Infiltrate. Nach einigen Tagen sieht man, daſs eine etwas dickere Gewebsschicht der Nekrose verfallen ist, als man es infolge der direkten Lichtwirkung annehmen sollte. Diese erhöhte Zellnekrose muſs anscheinend dem Entzündungszustande zugeschrieben werden. Als Resultat der direkten und indirekten Zellentötung entsteht also schon nach einer Sitzung eine Nekrose.

Die Leukocytenemigration ist durch die nekrotischen Zellen wahrscheinlich veranlaſst und also ein Glied in der Demarkationsentzündung und Regeneration, welche eine natürliche Folge der vorhandenen Nekrose sind. Etwa zwei Tage nach der Belichtung sieht man über der ganzen belichteten Partie eine Aussaat mononukleärer Zellen. Jedenfalls erhält man in einer Sitzung nur Nekrose einer oberflächlichen Schicht, und sofern ein Lupusknoten anfangs tief liegt, wird er von den Lichtstrahlen anfangs nicht getroffen, bevor er zur Oberfläche hinauf gewachsen ist. Die Lichtbehandlung besteht also in einer schichtweisen Destruktion der pathologischen Elemente, gefolgt von einer sehr lebhaften Regeneration; sie ist eine Ätzbehandlung, doch wirkt das Licht elektiv, indem Kollagen und elastisches Gewebe geschont werden. Dies in Verbindung mit der reichlichen Neubildung jungen Bindegewebes erklärt die bei der Finsenbehandlung so schöne Narbenbildung. Die Bakterien werden im oberflächlichen Gewebe vom Lichte zerstört und mit der zerstörten Schicht abgestoſsen; die tiefer liegenden können nicht direkt vom Licht getroffen werden. Jedenfalls ist die Lichtbehandlung nicht als eine einfache Desinfektion des kranken Gewebes aufzufassen, mit welcher die pathogene Ursache entfernt und die Heilung erzielt wird. Sie trifft die Gewebe als solche, vernichtet die kranken Elemente, frischt die gesunden auf. Für die Finsenbehandlung des Lupus vulgaris ist es ein Vorteil, daſs der Lupus vulgaris so arm an Bakterien ist.

II. **Zur Statistik der tertiären Syphilis in Moskau**, von Arthur Jordan. Verfasser gibt einen Bericht über 659 Fälle von tertiärer Lues, wovon 505 das weibliche und 154 das männliche Geschlecht berühren; die vielen weiblichen Fälle betreffen meist die Weiberabteilung des I. Stadthospitals, an welchem Verfasser angestellt war. Am häufigsten waren die gummösen Hautaffektionen, dann die Nasenaffektionen, an dritter Stelle stehen Erkrankungen der Knochen, dann folgen weicher Gaumen, Geschlechtsteile, Rachen, subcutane Hautknoten, seltener sind die Affektionen an Augen, Lippen, Kehlkopf, Zunge, Gelenken. Die meisten Syphilitiker erkrankten im ersten Dezennium an Tertiärerscheinungen, am meisten im sechsten. 71% der Kranken waren zwischen 20 und 40 Jahre alt. Als Ursachen für den Tertiarismus werden angegeben das Alter, die Konstitution, Kräftezustand, Lebensverhältnisse, Alkoholismus und vor allem fehlende Behandlung.

III. **Über Sedimentuntersuchungen eiweiſsloser Harne bei therapeutischer Quecksilberapplikation**, von Richard Fischel - Bad Hall. Bei 31 Männern und 6 Frauen war mit Ausnahme eines einzigen Falles ein mehr oder minder reichliches Auftreten von cylindrischen Gebilden im Harnsediment zu konstatieren, wobei die Quantität derselben meist proportional der einverleibten Quecksilbermenge zunahm. Im Verlaufe der ersten Quecksilbereinreibungen ist die Zahl der negativen Fälle gröſser, sie vermindert sich allmählich und schon nach der achten Einreibung scheidet der gröſste Teil der Behandelten eine reichliche Zahl von cylindrischen Elementen

aus, die bis zu der zwölften Einreibung noch eine bedeutende Steigerung erfährt. Es zeigt sich, daſs die Menge des applizierten Quecksilbers einen Einfluſs auf die Gröſse der Ausscheidung der cylindrischen Gebilde hat. Klienebergen hat diese Gebilde als hyaline Gebilde bezeichnet, doch hält Verfasser sie für renale Cylindroide.

IV. **Ein Beitrag zur Cytologie des blennorrhoischen Eiters,** von Florio Sprecher-Turin. Bei der Untersuchung des mit Blut vermischten Eiters jener Blennorrhoen, welche anfangs mit Erscheinungen sehr akuter Entzündungen verlaufen, so daſs sie als hyperakute bezeichnet werden, kann man leicht beobachten, daſs die mehrkernigen Leukocyten auf die aus dem Gefäſse getretenen roten Blutkörperchen eine starke Anziehung ausüben. Das rote Blutkörperchen wird vom Protoplasma des Leukocyten erfaſst und aufgenommen, es wird dann allmählich vom Zentrum aus zerstört. Auf die roten Blutkörperchen wirken phagocytär die neutrophilen Leukocyten. Der polynukleäre Leukocyt übt auch Phagocytose auf den Gonococcus aus.

V. **Zur Kenntnis der Pityriasis lichenoides chronica,** von Erhard Riecke-Leipzig. (Schluſs.) Brocq unterscheidet eine Parapsoriasis en gouttes, lichenoide und en plaques. Hier ist die Erythrodermie en plaques nur der Prototyp der dritten Gruppe, während Pityriasis lichenoides den beiden anderen Gruppen angehört. Die Prognose der Pityriasis lichenoides chronica ist insofern günstig, als sie wenig Beschwerden macht, ungünstig hingegen in bezug auf Dauerheilung; Spontanheilung kommt vor. Charakteristisch ist das refraktäre Verhalten gegen therapeutische Maſsnahmen. Arsen, Antipyrin, Jodkalium erweisen sich als wirkungslos. Chrysarobin und Pyrogallus äuſserlich wirken vorübergehend günstig, ebenso Teer- und Seifenkuren, Naphtol, Eugallol. Es gibt also kein Heilmittel.

VI. **Sarkome und sarkoide Geschwülste,** von Gustav Fanot-Triest. Typus a und b sind Formen einer und derselben Krankheit; die Stellung im pathologischen System, die der einen Form gebührt, muſs man auch der anderen einräumen; wird Typus a für eine Sarkomatose gehalten, ist Typus b ebenfalls eine solche. Und daſs diese zwei Formen, als eine Krankheit aufgefaſst, eine Sarkomatose darstellen, ergibt sich aus folgenden Betrachtungen: Es ist nicht möglich, anzunehmen, daſs es eine Hautkrankheit geben sollte, welche histologisch alle die verschiedenartigsten Formen des Sarkoms aufweisen kann und etwas anderes sei als Sarkom. Bei den sarkoiden Geschwülsten — Typus a — können die Knochen miterkranken und erweisen sich dann als sarkomatös entartet. Sarkome in den inneren Organen können in der Haut in Form von Tumoren mit den Charakteren der sogenannten sarkoiden Geschwülste — vermeintliches beschränktes Wachstum, Involution der Knoten — metastasieren. Die sarkoiden Geschwülste stellen also eine Hautsarkomatose dar.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band V. Heft 4.

1. **Dürfen Krankenkassen hygienische Kongresse beschicken?** von Albert Kohn, Krankenkassen-Geschäftsführer in Berlin. Der Verfasser tritt energisch dafür ein, daſs das Recht, hygienische Kongresse zu besuchen, den Krankenkassen gewahrt werde. In jedem Falle ist genau zu prüfen, ob und wieweit die Veranstaltung mit den gesetzlichen Kassenaufgaben zusammenhängt. Die Rechtslage war bislang folgende: daſs den Organen der Kassen Reisekosten nur vergütet werden dürfen, wenn dieselben der Aufklärung der Kassenorgane über die gesetzlichen Aufgaben der Kasse oder der Aufklärung der Kassenorgane über ihre eigene Aufgabe gegenüber der Kasse und ihren Mitgliedern dienen. Die Grenze, ob hierunter auch die hygienischen Kongresse

fallen, ist nur gegeben durch das pflichtmäſsige, verständige Ermessen der Kassen. Urteile, die in Bielefeld und Berlin in obigen Streitfragen ergangen sind, divergieren. In ersterer Stadt stellte sich das Amts- und Landgericht auf den Standpunkt, daſs die Beschickung hygienischer Kongresse wohl als Verwaltungsaufwand angesehen werden dürfe. Das Berliner Oberverwaltungsgericht vertrat den gegenteiligen Standpunkt.

Heft 5.

1. **Geleitworte zur Fahrt in das Leben**, von Alfred Sternthal-Braunschweig. Die Abhandlung stellt einen Vortrag dar, welcher vor den Abiturienten sämtlicher höherer Lehranstalten in Braunschweig gehalten worden ist. Sie geht aus von der Zweiteilung der Geschlechter selbst bei den niedrigsten Tieren und Pflanzen und dem Fortpflanzungsakte in der Pflanzenwelt. Beim Tiere findet die Kopulation nur zum Zwecke der Arterhaltung statt. Anders beim Menschen. Die Ehe ist nicht die einzige Form des Geschlechtsverkehrs. Die Gefahren des jungen Mannes liegen im auſserehelichen Verkehr. Die Ansicht, daſs der noch ledige Mann nicht nur verkehren dürfe, sondern sogar müsse, ist natürlich ganz unrichtig. Wollte jemand der unverheirateten Frau etwas Gleiches gestatten oder raten? Den Überschuſs an Samen schaffen die natürlichen Pollutionen fort. Die Mattigkeit und Arbeitsunlust nach solchen Entleerungen wird von den jungen Leuten meist sich selbst durch Lektüre darüber suggeriert. Ist aber die Pollution unschädlich, so ist die Ausübung des Beischlafs keineswegs besonders gesundheitsfördernd. Auch die Ausrede ist falsch, daſs man den Verkehr gebraucht, damit sich der Geist frei entfalten könne. Und daſs er zur Erhaltung der Potenz notwendig sei, ist eine ganz törichte Behauptung. Es kann jeder ohne Schaden keusch leben. Und der Onanie braucht er nicht zu verfallen. Der Vortrag, auf den es sich erübrigt, des näheren einzugehen, bringt der Jugend das nötige Wissen; hierzu muſs kommen das ehrliche Wollen, getreu Wilhelm Raabes Wort: „Sieh' nach den Sternen! Gib acht auf die Gassen!"

2. **Bemerkungen über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der Handelsmarine**, von C. Graeser-Neapel. Im April 1902 ist eine neue deutsche Seemannsordnung ins Leben getreten, welche die sexuellen Krankheiten ihres verheerenden Charakters entkleidet. Jedem Kranken wird ohne soziale Nachteile freie ärztliche Behandlung gewährt. Der Verfasser, der Arzt am deutschen Hospital in Neapel ist, sieht bei den Mannschaften der das Mittelmeer befahrenden deutschen Schiffe die Zahl der venerischen Krankheiten geradezu wachsen. Viel Fälle sind darunter verschleppt und vorgeschritten. Ursachen sind hierfür teils Scham, teils Leichtsinn. Graeser schlägt zur Besserung der Verhältnisse vor: Belehrung durch Vorträge der Schiffsärzte, Verteilen von Merkblättern, Unterricht der Offiziere in der Materie auf Dampfern, die keinen Arzt mit sich führen, billige Verschaffung von Schutzmitteln zur sachgemäſs auszuführenden Prophylaxe, strengstes Fernhalten der Dirnen von Bord, strengste Landurlaubsverweigerung an venerische Mannschaften sowie genaue, periodische Untersuchungen der Schiffsbesatzung. Glänzende Erfolge eines solchen Systems des Schutzes sah Verfasser auf dem deutschen Schulschiff „Charlotte". Mag auch wirklich die systematisch angewendete Prophylaxe ab und zu zum Geschlechtsverkehr anreizen, so bilden doch anderseits die strenge Strafe im Falle von Erkrankung ohne angewendete Prophylaxe und die Meldepflicht eine gegenteilige Hemmung. Der Heuervertrag zwischen Reedereien und Mannschaften der Handelsschiffe erschwert die Anwendung systematischer Schutzmaſsregeln. Die Bedeutung der Venerie sollte Zwangsuntersuchungen jedenfalls rechtfertigen. Vor allem sollte die Verheimlichung von Erkrankungen und Verschleppung von solchen geahndet und für ausreichende Aufklärung gesorgt werden.

3. **Ein Blick in die Geschichte der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten,** von Kirchenrat Kroner-Stuttgart. Verfasser gibt einen vortrefflichen historischen Rückblick auf Geschlechtskrankheiten und Bekämpfung derselben und teilt seinen Stoff in fünf Abschnitte ein: Die Sittlichkeit der alten Kulturvölker Asiens und Europas. Der beginnende staatlich gesetzliche Kampf gegen die Venerie. Die Verbreitung und Bekämpfung der sexuellen Krankheiten bis zum Auftreten der Syphilis (1497). Die Bekämpfung seitdem bis zur Entstehung der Gesellschaften zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Die Tätigkeit der letzteren. Schon die Gesetzgebung der alten Babylonier gewährleistete einen gewissen Schutz der ehemännlichen Rechte, teils auch der Frauenrechte. Das Gesetz Hammurabis kannte neben dem Eheweibe auch noch das Kebsweib. Ein solches durfte vom kinderlosen Ehemann angenommen werden. Im allgemeinen war die Ehe, obwohl noch ganz roh und unheilig, doch ein Schutz gegen die Prostitution. Es gab damals sogenannte Weinverkäuferinnen, Schenkwirtinnen, welche als Buhldirnen zu betrachten sind. Auch der Gottheit zu Ehren sich hingebende Tempeljungfrauen, besser Tempeldirnen, waren bei den alten Babyloniern vorhanden. Was war das anders als gesetzlich geschützte Prostitution? Für die dortigen Verhältnisse ersteht uns in Herodot ein Zeuge; nach ihm mufste jede Frau des Landes einmal im Leben sich im Tempel der Aphrodite (Mylitta) mit einem Fremden zum Verkehr verstehen. Auf Cypern waren gar 20 Tempel für die heilige Prostitution errichtet. Die Prostitution stand also in Ehren, einen Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten gab es nicht. Die mosaische Gesetzgebung war darauf bedacht, Entartung der Rasse zu verhüten. Man stellte darum bestimmte hygienische Polizeiverordnungen auf, einen hygienischen Kodex von weitem Blick. Obenan steht das Gebot der Beschneidung. Dafs es sich bei der Gesetzgebung der Juden, soweit sie eine hygienische ist, um Bekämpfung wirklich der Geschlechtskrankheiten und nicht blofs der Lepra oder Blattern gehandelt hat, erscheint zweifellos. Die Menstruierende hatte bestimmte strenge Vorschriften zu erfüllen. In gleicher Weise wird das wohl auch für Geschlechtskranke gegolten haben. Den Verkehr im Tempel mufsten sie meiden; auch andere sexuelle Lebenserscheinungen werden von Moses in seiner Gesetzgebung behandelt, so jeder aufsereheliche Verkehr, die Sodomie und anderes. Da die Kanaaniter der Prostitution huldigten, war den Juden die Eheschliefsung mit ihnen verboten. Man wollte die Verseuchung nicht ins jüdische Volk hereinlassen. Das Gesetz schützte die Ehe und bestrafte den Ehebruch schwer. Auch eine Armenpflege richtete der Gesetzgeber aus allgemein prophylaktischen Erwägungen heraus ein. Das Wesentlichste aber war die ganze Auffassung der Sittlichkeit der Menschenwürde, durch welche das ganze Volk zur Selbstheiligung erzogen werden sollte. Leider vermochte diese treffliche Gesetzgebung den Verfall des jüdischen Volkes nicht zu verhindern, weil das Beispiel der Kanaaniter, Babylonier und Ägypter die Moral der Juden bald verdarb. In Deutschland — um den grofsen Sprung zu machen — gab es schon im Mittelalter, im 14. Jahrhundert, staatlich konzessionierte Prostitution. So waren 1388 in Frankfurt zwei städtische Bordelle vorhanden, die unter obrigkeitlichem Schutze standen. Ein Stocker hatte die Aufsicht über das Dirnenwesen. Die konzessionierten Häuser reichten bald nicht mehr aus. Selbst die Gestattung der öffentlichen Prostitution in einem ganzen Teile der Stadt Frankfurt vermochte die geheime Prostitution nicht zum Verschwinden zu bringen. Das Unwesen wuchs ständig und bedrohlich. 1488 führte man für die Dirnen eine besondere Kleidung ein. Sanitätspolizeiliche Gesichtspunkte treten in den Beschränkungsbestimmungen erst 1496 mit dem Erscheinen der Syphilis auf. Nur in Avignon gab es schon seit 1347 eine wöchentliche Untersuchung der Prostituierten. Das Überhandnehmen des Dirnenwesens führte bald zu Beschränkungen aller Art und Strafen für Prostituierte. Letztere

wurden vom Rentamte verhängt und eingetrieben. An seine Stelle trat 1726 das Konsistorium. Trotz alledem nahm aber die Unzucht nur zu. Die Behörden drückten beide Augen zu. Es kam sogar vor, daſs der für die Untersuchung der Dirnen bestimmte Chirurg selbst Bordellwirt war. Gleichwohl bestand eine ärztliche, allerdings nicht regelmäſsige Untersuchung, und die untersuchten Dirnen wurden im Verkehr bevorzugt. 1782 erhob der Stadtphysikus PELTMANN — wir sprechen immer von Frankfurter Verhältnissen — einen sanitären Protestruf in bezug auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten. 1810, mit der Umwandlung Frankfurts in ein Groſsherzogtum, wurde die Reglementierung eingeführt. Bordelle blieben bis zur Einverleibung Frankfurts in den preuſsischen Staat, der sie 1869 aufhob. Die Aufhebung hatte keine ungünstigen sanitären Folgen. Als Besserungsmaſsregeln verlangt der Verfasser Behandlung der erkrankten Fälle, Anzeige der Venerieverdächtigen (!), Isolierung der Kranken (!) und Bestrafung der Kranken, welche trotz authentischer Belehrung und Warnung geschlechtlichen Verkehr treiben (ist ja schon durch das Strafgesetz erreicht!). Ferner soll jede Art von Prostitution und jede Beihilfe zu ihr bestraft, Mädchenhandel und Ehebruch schwer geahndet werden. Als soziale Mittel werden empfohlen: gesellschaftliche Ächtung aller Unzucht, Fürsorgeeinrichtungen für eine materielle und ökonomische Besserstellung der Mädchen, Verbesserung der Armenpflege und Pflege der unehelichen Kinder, Förderung der Ehe. Als geistige Hilfsmittel betrachtet Verfasser öffentliche Belehrung, Aufklärung der Jugend, Verbreitung sittenbildender Kunst und Literatur, Erhöhung des wissenschaftlichen Strebens sowie Vervollkommnung der sittlichen Lebensauffassung in Schule, Kirche und Universität. *Hopf-Dresden.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band 11, Nr. 3.

1. **Alopecie bei hereditärer Syphilis**, von CARL LEINER-Wien. Der Verfasser hatte Gelegenheit, bei drei hereditär-luetischen Neugeborenen im Alter von sieben Wochen, acht Wochen und neun Monaten neben typischen syphilitischen Erscheinungen Alopecia diffusa et areolaris zu beobachten, welche besonders durch den Widerstand gegen alle Behandlungsmethoden und durch die lange Dauer bemerkenswert waren.

2. **Syphilis innerer Organe**, von HENRY ALFRED ROBBINS-Washington.

3. **Neurofibromatose oder RECKLINGHAUSENsche Krankheit**, von EDWARD QUICK-Appleton. Bericht eines Falles.

4. **Die Diagnose der subparietalen Nierenruptur**, von A. H. BARKLEY-Lexington.

5. **Ein Fall von kongenital-hereditärer Syphilis**, von PETER BISHER-New York. Ein 36jähriger, sonst gesunder Mann mit gesunder Frau und gesunden Kindern bekam an einer Zehe tiefgehende Gangrän. Sie heilte unter Quecksilber-Jodbehandlung. Die Eltern des Patienten leben in Gesundheit. Der Verfasser glaubt eine von den Groſseltern ererbte Syphilis als Ursache der Gangrän annehmen zu dürfen.

6. **Sparteinsulfat als Heilmittel in der Behandlung postoperativer Urinretention**, von STUART MCGUIRE-Richmond. Empfehlung des Sparteinsulfats als Diureticum.

7. **Sattelnasendeformität, behandelt mit Paraffininjektionen**, von CHARLES E. BARNETT-Fort Wayne. Beschreibung der Injektionsspritze und -Methode.

8. **Fremdkörper in der Blase**, von SAMUEL G. GIBBS-New York. Bei einer weiblichen Patientin fand sich in der Blase eine Wachskerze, welche von ihr in die Urethra eingeführt war und dabei in die Blase gelangte.

9. **Behandlung des Carcinoms, besonders des Uterus-Cervixcarcinoms,** von George Gallagher Hopkins-Brooklyn.

10. **Behandlung der Akne mittels Hyperämie,** von Joseph Welfeld-Chicago. Empfehlung der Bierschen Sauggläser zur Aknebehandlung.

11. **Röntgentherapie in der Dermatologie,** von Philipp Kanoky-Kansas.

12. **Circumcision,** von Richard A. Barr - Nashville. Durch Injektion einer Lösung von ½ %igem Kokain und 1 : 5000 Adrenalinextrakt wird die Schnittlinie anästhesiert. Dies erspart zur Operation einen Assistenten. — Zum Verband dient ein vom Verfasser angegebenes Suspensorium, welches nach Art des Teufelschen Suspensoriums aus einem dreieckigen Flachbeutel besteht.

13. **Extraperitoneale Blasenruptur,** von John Egerton Cannaday - Hansfood. Bericht von drei Fällen von vornehmlich chirurgischem Interesse.

14. **Sexualanästhesie beim Weibe,** von B. S. Talmey-New York. Als Ursachen für die „Natura frigida" kommen allgemeine Körperschwäche, infantiler Uterus und unentwickelte Ovarien in Betracht; doch ist auch oft Gewöhnung an Alkohol oder Kokain neben sexuellen Exzessen und Uteruserkrankung als Grund festzustellen.

15. **Eine Epidemie von Mikrosporie in Basel,** von His - Basel. Im Sommer 1905 erkrankten in Basel 110 Schulkinder an Mikrosporie. Das Kontagium verbreitete sich nur von Kopf zu Kopf bei enger Berührung. Durch Tragen einer gut angepafsten Bandage liefs sich die Infektion verhüten. Therapeutisch wurden Crotonöl, Jodtinktur und Röntgenstrahlen angewandt.

16. **Diabetes mellitus als Komplikation von chronischer Malaria,** von Cornelius McKane - Savannah. Im Anschlufs an zwei Krankheitsgeschichten vertritt Verfasser die Ansicht, dafs Malaria in grofsem Mafse zu Diabetes mellitus prädisponiert macht.

17. **Verbesserung einer falschen Diagnose,** von Herbert E. Mace - Boston. Eine Frau trug die äufseren Anzeichen einer Schwangerschaft; sie war aber nicht gravide. Es trat eine Hemiplegie auf. Auf antiluetische Behandlung erfolgte Genesung.

18. **Nervöse Zustände, veranlafst durch Phimosis und Vorhautadhäsion,** von Cecil A. Butler - Hohenwald. Aus genitaler Reizung können Reflexstörungen entstehen, welche nach operativer Hebung der Ursache verschwinden.

19. **Über neuropathische Entzündungen,** von Kreitag-Prag. Kurze Mitteilung der von C. Doswald und K. Kreibich in Bd. 43, Nr. 11 *dieser Monatshefte* veröffentlichten Arbeit: Zur Frage der posthypnotischen Hautphänomene.

20. **Therapeutische Notizen zur Blennorrhoea acuta,** von Abraham L. Wolburst-New York. Zur Linderung brennender Schmerzen beim Urinieren gibt W. folgende Verordnung:

Kali acetic. 0,6
Tct. Hyoscyami
Ol. Gaultheriae aa 37,5
Sirup. Acaciae q. s.

Als Antisepticum empfiehlt er:

Methylenblau 0,06
Phenyl. salicyl. 0,6
M. fiat capsul.

21. **Balanitis erosiva und gangraenosa,** von Scherber-Wien.

22. **Blauer Naevus,** von Tieche-Bern. Eine seltene Veränderung im frühesten Kindesalter stellt der blaue Naevus dar, welcher als ein über der umgebenden Haut leicht erhabener, blauer Fleck von einem Durchmesser von 3—5 mm im Gesicht, an der Stirn, an den Extremitäten und am Handrücken auftritt. Der histologische Befund

verzeichnet in der mittleren Cutisschicht einen rundlichen Tumor aus einem Netz sternförmiger Pigmentzellen: ein Chromatophorom oder Melanom von durchaus gutartigem Charakter, welches nach des Verfassers Ansicht dem Mesoblast entstammt.

Schourp-Danzig.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1907. Heft 3.

Weitere Untersuchungen über das Mikrosporum. Erster Teil: Ältere und neuere Mikrosporumarten, von R. Sabouraud. In dieser Arbeit nimmt S. seine früheren Untersuchungen, betreffend das Mikrosporon Audouini, den Erreger des Herpes tonsurans, wieder auf. Neben diesem Mikrosporum, das beim Menschen gefunden wird, war bisher noch je ein Mikrosporon des Pferdes, des Hundes und der Katze bekannt. S. ist es nun, dank seiner sorgfältig durchgearbeiteten Technik, über die er gewissenhaft Rechenschaft gibt, gelungen, aus der in Paris häufigen Trichophytie der Kinder noch drei weitere deutlich charakterisierte Mikrosporen zu gewinnen. Von diesen sind zwei sehr selten und heben sich nur in der Kultur ab, machen aber weder histologisch noch klinisch besondere Symptome. Der dritte aber, den er M. lanosum nennt, wurde in ungefähr einem Drittel der untersuchten Fälle von Herpes tonsurans gefunden und gibt der Krankheit ein so bestimmtes Gepräge, daſs S. mehrmals aus dem klinischen Befund auf das Vorhandensein des M. lanosum schlieſsen konnte.

Die Kulturen dieses Pilzes wachsen sehr lebhaft, er nähert sich darin dem Mikrosporon der Katze und des Hundes. Da er auch auf Tiere sehr leicht überimpfbar ist, so liegt der Verdacht nahe, daſs er ursprünglich tierischer Herkunft ist. Indessen konnte S. bis jetzt in keinem Falle diese Herkunft nachweisen.

Auf der menschlichen Kopfhaut verursacht dieses M. lanosum kleine, mit grauen Schuppen bedeckte Plaques, die nur sehr wenige gesunde Haare enthalten. Das Aussehen der kranken Haare entspricht dem bei jeder Trichophytie. Die Plaques gewinnen häufig nach einigen Tagen ein entzündliches Aussehen. Auffällig ist die groſse Neigung des Pilzes, sich auch auf der übrigen Körperhaut anzupflanzen; es kann dann zu Herpes circinatus- und Herpes iris-artigen Gebilden auf der Haut kommen. S. gibt die Abbildung eines solchen Falles.

Durch Röntgenbestrahlung bringt Sabouraud den Herpes tonsurans jetzt in kurzer Zeit zur Heilung; eine ausgedehnte Sitzung genügt für jeden Fall.

Beitrag zur Bakteriologie der Talgdrüsen, von J. Hallé und A. Civatte. Die beiden Forscher haben aus dem Fett der seborrhoischen Haut und des Komedonen einen vollkommen anäerobischen Bacillus gezüchtet. Sie bedienten sich dabei der verschiedenartigsten Kulturen. Die zu untersuchende Masse wurde mit einigen Tropfen Bouillon sorgfältig verrieben und dann in den Nährboden eingesäet. Die Röhrchen wurden bei 37° aufbewahrt. — Die Ausbeute an äeroben Bakterien war gering und bot nichts Bemerkenswertes. Interessant war dagegen die Entdeckung eines anäeroben Bacillus, der in alkalinischem gezuckerten Agar vortrefflich gedieh. Am vierten Wachstumstage gewahrt man unter der Lupe, am fünften, spätestens am sechsten schon mit bloſsem Auge „zahllose“ feine Kulturen in völlig anäerober Tiefe des Röhrchens. Diese Kolonien sind ovoid gestaltet, ohne charakteristische Färbung; zuweilen verflüssigen sie den Nährboden etwas und geben auch wohl dem Agar, wenn sie älter werden, manchmal eine bräunliche Färbung. Gasbildung wurde nie beobachtet, auch haben sie keinen Geruch.

Diese Kolonien bestehen immer nur aus dem nämlichen feinen Bacillus, der sich leicht färbt und seine Farbe, nach Gram gefärbt, behält. Er ist oft so lang wie der Kochsche Bacillus, aber merklich dicker. Trommelartige Verdickungen, Sporen, dichotomische Teilungen konnten die Verfasser nie an ihm beobachten, auch keine Eigenbewegungen. Er scheint mit dem Bacillus, den man bei direkter mikroskopischer Untersuchung findet, identisch zu sein.

Dieser Bacillus nun lebt streng anäerob; alle Versuche der Verfasser, ihn unter Zutritt von Sauerstoff zu züchten, sind mifsglückt. Er ist auch mit keinem der bis jetzt gezüchteten Keime gleichzustellen. Die Verfasser glauben aber, in ihm denjenigen Bacillus vor sich zu haben, den Unna im Komedo gefunden hat. Sabouraud identifiziert freilich diesen Bacillus mit seinem Bacillus der Seborrhoe; aber der Sabouraudsche Bacillus hat ganz andere Eigenschaften als der hier beschriebene anäerobe Keim.

Gleichzeitiges Auftreten von Lupus vulgaris und Lupus erythematosus, von L. Spitzer-Wien. Verfasser beschreibt einen Patienten, der auf der linken Wange einen unverkennbaren Lupus vulgaris, auf der rechten Wange und unterhalb des rechten Auges je einen Lupus erythematosus hatte. Das Mikroskop bestätigte die Diagnose. Alle drei Herde wurden mit dem Messer entfernt, wonach der Lupus erythematosus rezidivierte. — Es ist dies der dritte Fall, der über das Zusammentreffen von Lupus erythematosus und Lupus tuberculosus bei der nämlichen Person veröffentlicht wird.

Ein Fall von narbenartiger Hautmifsbildung bei Mutter und Kind, von A. Fruhinsholz. Die 20jährige Mutter war mit zwei narbenartigen Herden, je einem auf der Vorderfläche des rechten, bezw. des linken Oberschenkels, zur Welt gekommen; aufserdem hatte sie, gleichfalls angeboren, auf dem Kopfe einen etwa fünffrancstückgrofsen Herd von Alopecie. Ihr neugeborenes Kind wies auf dem Rücken eine ausgedehnte narbige Veränderung der Haut auf. — Syphilis und intrauterine amniotische Erkrankung konnten ausgeschlossen werden.

Über einen Fall von Xeroderma pigmentosum, Kaposi ohne Pigmentation, von Ch. Audry. Der 24jährige Patient kam wegen eines inoperablen Epithelioms der Unterlippe zur Aufnahme. Aufserdem wies seine Haut alle Symptome des Xeroderma pigmentosum auf: sie war seit der Kindheit trocken, diffus atrophisch, erythematös, mit achromatischen Flecken und Teleangiektasien versehen, nur die Pigmentveränderungen fehlen, abgesehen von einigen Epheliden auf den Handrücken.

A. knüpft an diesen Fall einige Bemerkungen. Er wiederholt seine frühere Auffassung, dafs das Xeroderma pigmentosum eine angeborene Dyskeratose sei, bei der die erythematöse, pseudo-ichthyotische Atrophie der Haut das Hauptsymtom darstelle, alles andere rückt an zweite Stelle. Ein Xeroderma pigmentosum tardivum anerkennt er nicht. Unnas Epitheliomatosis pigmentaris ist eine erworbene Krankheit.

Türkheim-Hamburg.

Bücherbesprechungen.

Die krankhaften Geschlechtsempfindungen auf dissociativer Grundlage, von Havelock Ellis. Deutsche Ausgabe von Ernst Jentsch. (Würzburg 1907. A. Stuber.) In diesem Buche werden die Abschlufserscheinungen des Sexualprozesses erörtert, es bildet den vierten Band der „Studien über Sexualpsychologie“. Der ver-

diente englische Forscher gibt hierin in der Hauptsache zum erstenmale eine einheitliche systematische Darstellung der Dissoziationserscheinungen der sexuellen Sphäre. Der erste Teil der erörterten psychischen Abnormitäten zeigt einen Entstehungsmodus, der mit Hilfe von Gelegenheitsursachen in einem von vornherein labilen Gehirn durch Assoziationsstörungen Platz gegriffen hat, etwa nach Art der sogenannten psychogenen Vorgänge. In einer anderen Gruppe, der der schwereren Anomalien, scheint die degenerative Ursache als psychisch bedingt, und die Dissoziation wird hier lediglich zum psychischen Ausdruck eines organischen Defekts. Beide Formen der Dissoziation erweisen aufs neue die enge Verknüpfung und intensive Wechselwirkung zwischen Somatischem und Psychischem, die auch die Betrachtung der hypnotischen und der Traumdissoziation bereits ersichtlich gemacht hatte. Das Buch zerfällt in drei grofse Abschnitte: 1. Der Detumeszenzvorgang. 2. Der erotische Symbolismus. 3. Die Psychologie der Schwangerschaft. — Die Detumeszenz ist das Ende und der Gipfelpunkt aller Sexualvorgänge, sie ist ein anatomisch-physiologischer Prozefs, aber ein solcher, der in seinem ganzen Verlaufe eng mit dem Psychischen in Verbindung steht. Sie ist in Wirklichkeit der Schlüssel zu dem Tumeszenzprozesse. In vier langen Kapiteln bespricht Verfasser dieses ganze Gebiet, dem „erotischen Symbolismus" sind sechs Kapitel gewidmet, er versteht darunter ein psychisches Verhalten, wodurch die Aufmerksamkeit der Betroffenen von dem Kerne des sexuellen Reizkomplexes hinweg und einem Gegenstande oder Vorgang zugewendet wird, der zu diesem nur in entfernterer oder in gar keiner Beziehung steht, wiewohl er associativ durch Ähnlichkeit oder Aufeinanderfolge in Zeit und Raum mit ihm verknüpft sein kann. So geschieht es denn, dafs Tumeszenz und in extremen Fällen sogar Detumeszenz durch Wahrnehmung von Gegenständen oder Vorgängen hervorgerufen werden kann, die mit dem Zwecke der sexuellen Konjugation gar nichts zu tun haben. Hierzu gehören alle Arten von Fetischismus, Urolagnie, Koprolagnie, Zoophilie, Exhibitionismus, Masochismus, Sodomismus usw., auf die an der Hand von Krankengeschichten und Selbstbeschreibungen eingehend eingegangen wird.

Der dritte Teil beschäftigt sich in einem langen Kapitel mit der Psychologie der Schwangerschaft, unter anderem mit den Beziehungen zwischen mütterlicher und sexueller Empfindung und den durchgreifenden Rückwirkungen der Gravidität auf den Organismus, Pigmentveränderungen, Blutumlauf, Nervensystem, Erbrechen usw. Auch die Gelüste der Schwangeren, das „Versehen" usw. werden beschrieben und am Schlusse die Bedeutung der Schwangerschaft eingehend besprochen.

Das Werk zeigt die immense Arbeitskraft Ellis, es ist klar und deutlich geschrieben und enthält reiches und interessantes Material. Die Übersetzung ist tadellos und wird jedem Leser manches Neue und Lesenswerte bieten. Ein Schlufsband ist noch in Aussicht gestellt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die forensische Bedeutung der sexuellen Perversität, von J. Salgó-Budapest. (Halle a. S. Carl Marhold 1907.) Der Verfasser weist eingangs seiner Schrift darauf hin, dafs heutzutage schon hinsichtlich der psychiatrischen Beurteilung von Seelenzuständen seitens der Rechtspflege die schwersten Anforderungen gestellt werden. Man denke nur an die Begriffe der „Zurechnungsfähigkeit", der „verminderten Zurechnungsfähigkeit" und der „Willensfreiheit", bei deren Konstatierung der Gutachter wohl einen Teil der Verantwortung den Juristen abnehmen soll. Sind also die Dinge schon schwierig auf dem Gebiete rein psychotischer Zustände, so liegt die Sache noch schwieriger, wenn es sich um zweifelhafte Geistesverfassungen der Angeklagten handelt. Zu diesen noch nicht klar umgrenzten und anerkannten Geistesabnormitäten gehört die sexuelle Perversität. Der Verfasser streift die betreffenden Paragraphen 175 des deutschen und 129 des österreichischen Strafgesetzbuches sowie die einschlagenden

Bestimmungen anderer Länder. Auffallend ist, dafs der deutsche Strafrichter nur die widernatürliche Unzucht zwischen Personen männlichen Geschlechts bezw. von Menschen und Tieren berücksichtigt, der österreichische aber die Grenzen viel weiter fafst, wenn er sagt: Bestraft wird Unzucht wider die Natur, das ist a, mit Tieren, b, mit Personen desselben Geschlechts. Das österreichische Strafgesetz allein macht diese Ausnahme der Ausdehnung noch auf den gleichgeschlechtlichen Verkehr von Weibern. Die Praxis aber ist eine andere. Wohl noch kein Fall von Tribadie hat in Österreich vor dem Strafrichter zur Verhandlung gestanden. Wenigstens kennt man keinen solchen. Der Verfasser steht auf dem Standpunkte, dafs nur das bestraft werden kann, was die Interessen der Gesellschaft in ihren Einheiten stört und gefährdet. Hierunter würden also alle Gewaltakte fallen oder der Verkehr mit Unmündigen oder Geistesschwachen. Die Homosexualität ist als solche nicht als psychische Störung anzusehen. „Die sexuelle Perversität im allgemeinen und die Homosexualität im besonderen ist und bleibt eine individuelle Äufserung des Geschmacks (oder der Geschmacklosigkeit), und sie wird immer das Bestreben bleiben, aus der Geschlechtstätigkeit, dem Detumeszenztrieb, die möglichst intensive Wollustempfindung herauszuholen.“ Die Homosexualität ist eine Abart der sexuellen Perversität.

Hopf-Dresden.

Der Automonosexualismus. Eine bisher noch unbeobachtete Form des menschlichen Geschlechtstriebes, von Hermann Rohleder-Leipzig. (*Berl. Klinik.* März 1907.) Gegenüber der bisherigen Erkenntnis, dafs der menschliche Geschlechtstrieb, ob nun homo- oder heterosexuell, doch jedenfalls stets altero-sexuell ist, veröffentlicht der Verfasser, dem auf dem Gebiete der sexuellen Sphäre grofse Erfahrung zur Seite steht, zwei absolut sichere Fälle einer Form des Triebes, welche nur auf das Individuum selbst gerichtet ist. Er nennt ihn Automonosexualismus. Der Trieb des betreffenden Individuums richtet sich stets und einzig auf sich selbst. Die beiden sicheren Fälle Rohleders betrafen einen 26jährigen Schiffsmaschinisten und einen 22jährigen Kaufmann. Bei Fall I besteht der Höhepunkt des Trieblebens in einem Koitieren des eigenen Spiegelbildes in Berührung mit einem Spiegel. Auch sein Traumleben gibt nur solche Befriedigungsformen wieder. Für Frauen und Männer besteht nicht das geringste Interesse. Rohleder hält den Prozefs für eine degenerative Erscheinung und zwar für eine viel schwerere als die Homosexualität. Er ist ein pathologisches Zeichen, pathologischer als der Asexualismus, der wenn überhaupt nur äufserst selten vorkommt. Er ist keine sexuelle Funktionsanomalie, sondern ein Funktionsdefekt. Fall II liegt ähnlich. Nur der Spiegel fehlt in der Geschichte dieses sexuell Defekten. *Hopf-Dresden.*

Das Sexualleben unserer Zeit in seinen Beziehungen zur modernen Kultur, von Iwan Bloch. (Berlin SW. 61. Louis Marcus' Verlagsbuchhandlung. 1907.) Der bekannte Verfasser bescheert uns mit dem vorliegenden Werke ein umfang- und gehaltreiches Geschenk, das uns unser eigenes Geschlechtsleben in allen seinen Wandlungen zeigt und kritisch betrachtet. In 33 Kapiteln sucht Bloch den gewaltigen Stoff zu meistern. Mit dem Elementarphänomen der menschlichen Liebe beginnt er. Sie stellt die Verschmelzung der beiden Geschlechtszellen dar, welche wahrscheinlich unter einer geruchsähnlichen Empfindung zustande kommt. Dies ist die primäre Erscheinung der Sexualität. Alles übrige ist sekundäres Beiwerk. Wilhelm Bölsche bezeichnet erstere als „Mischliebe“, all die sekundären Zutaten aber als „Distanzliebe“. Erstere dient dem Gattungszweck, letztere erfüllt mehr die Zwecke des Individuums. Die sekundären Erscheinungen der menschlichen Liebe fallen in das Gebiet der Sinnesorgane und des Nervensystems. Das menschliche Geruchsorgan hat früher noch eine weit bedeutendere Rolle auf diesem Gebiete gespielt als heute. Das Haarkleid früherer

Zeiten ist ebenfalls zurückgegangen. Die Kahlheit der Haut ist eine allmählich erworbene und wohl noch fortschreitende. Wo noch Behaarung zurückgeblieben ist, von da soll wohl auch eine erotisch wirkende Dufterzeugung ausgehen. Die Urmenschen hatten wohl wie die Tiere noch heutzutage Brunstzeiten. Bei Naturvölkern findet man noch jetzt dieses nur zeitweise Einsetzen des Geschlechtstriebes des Mannes. Je mehr sich das Gehirn im Laufe der Menschheitsentwicklung verfeinerte, desto mehr wurde der Geschlechtstrieb vom Willen unterjocht — es entstand die dauernde Liebe. Der Übergang tierischer Triebe zur mit Idealen gepaarten Liebe beruht wohl mit auf dem Überwiegendwerden gewisser Sinnesreize, wie des Gefühls, des Gesichts und des Gehörs. Mantegazza bezeichnet die geschlechtliche Liebe als eine höhere Form des Gefühlssinnes. Beherrscht doch auch der Tastsinn das ganze Feld der Erotik. Besondere Körperstellen sind vor allen Dingen erogen, das sind Lippen, weibliche Brustwarzen, Genitalien. Der Kuſs spielt vor allem eine groſse Rolle. Der Gesichtssinn ist der ästhetische Sinn im Geschlechtsleben. „Die Gestalt, Haltung, Schönheiten der einzelnen Körperteile der geliebten Person, alle diese durch den Gesichtssinn vermittelten Eindrücke haben die stärkste erotische Wirkung." Als weitere sekundäre Erscheinungen der menschlichen Liebe sind Geschlechtsorgane, Geschlechtstrieb und Geschlechtsakt zu bezeichnen. Die folgenden Abschnitte des Buches behandeln die körperlichen Geschlechtsunterschiede (Figur, Knochenbau, Becken, Körpergröſse, Gewicht, Gehirnentwicklung, Muskulatur, Fettbildung, Stimme) sowie die psychischen Sexualdifferenzen und die Frauenfrage — mit einem Anhange über die geschlechtliche Sensibilität des Weibes. Den Weg des Geistes in der Liebe und die Beziehungen zwischen Sexualität und Religion behandelt Kapitel VI. Die älteste sexual religiöse Äuſserung war die religiöse Prostitution. In dem Wollustopfer (Eduard von Mayer) diente man der Gottheit. Es gab eine einmalige Prostitution zu Ehren der Gottheit und eine dauernde. Erstere war meist das Opfer der Jungfräulichkeit. Dem steht die dauernde Tempelprostitution gegenüber. Letztere blüht besonders in Indien. Allein in der Präsidentschaft Madras leben 12000 solcher Tempelprostituierten. Es sind der Gottheit vermählte Mädchen, die sich zu deren Ehren jedem Tempelbesucher, gehöre er einer Kaste an, welcher er wolle, hingeben. Das Gewerbe ist keineswegs verrufen. Selbst vornehme Familien fühlen sich geehrt, ihre Töchter zu diesem Tempeldienst hergeben zu können. Neben religiöser Prostitution und Sexualmystik haben noch Askese und Hexenglauben die innigsten Beziehungen zur Vita sexualis. Nacktheit und Kleidung als Momente des erotischen Schamgefühls werden im folgenden Abschnitt besprochen und zwar in geistvoller und ausführlicher Weise. Kleidung und Mode nennt Bloch sexuelle Reizmittel eigentümlicher Natur. Die Individualisierung der Liebe, das künstlerische Element in der modernen Liebe leiten über zu den Kapiteln über die sozialen Formen der sexuellen Beziehung. Ehe, freie Liebe, Verführung, Genuſsleben und wilde Ehe werden ausführlich besprochen. Die Prostitution findet ausgiebige Besprechung. Ihr schlieſst sich ein kleiner Abschnitt über die „Halbwelt" an. Im Gefolge der Prostitution wird das groſse Gebiet der geschlechtlichen Krankheiten und ihrer Verhütung durchgesprochen. Es würde zu weit führen, zu den folgenden einzelnen Abschnitten des Buches Erläuterungen zu geben. Das würde über den Rahmen eines Berichtes hinausgehen. Es wird ja doch so wie so jeder Fachmann das Blochsche Buch sich anschaffen wollen, wenn nicht müssen. Es ist eine unerschöpfliche Fundgrube alles Wissenswerten über das Geschlechtsleben. Psychopathia sexualis und Homosexualität, Sadismus und Masochismus, Fetischismus, Unzucht mit Kindern, Blutschande, Nekrophilie, Sodomie, Exhibitionismus und die Behandlung aller dieser Perversionen finden eingehende Besprechung. Auch die Sittlichkeitsverbrechen in ihrer forensischen Bedeutung behandelt

der Verfasser. Er beschäftigt sich natürlich auch mit der Frage der Enthaltsamkeit, um dann bei der wichtigen sexuellen Erziehung zu verweilen. Neumalthusianismus, Präventivverkehr, künstliche Unfruchtbarkeit und künstlicher Abortus finden Berücksichtigung. Ein Kapitel ist der sexuellen Hygiene gewidmet, eines dem nicht zu unterschätzenden Sexualleben in der Öffentlichkeit (Annoncenwesen, Skandale, sexuelle Kurpfuscherei). Die Pornographie in Wort und Bild umfaſst ein weiteres Kapitel. Keine Frage des Geschlechtslebens ist unbeachtet gelassen worden. Der Stoff selbst ist mit erstaunlich viel Quellenangaben durchsetzt. Die Lektüre des Buches beendet man mit der Wiederholung des so wahren Wortes: Tout comprendre c'est tout pardonner. *Hopf-Dresden.*

Mitteilungen aus „Finsens Medicinske Lysinstitut" in Kopenhagen. 10. Heft. (Gustav Fischer, Jena 1906.) Mit dem zur Besprechung stehenden zehnten Heft der Mitteilungen aus dem Finsenschen Lichtinstitut in Kopenhagen werden diese Veröffentlichungen ihr Erscheinen einstellen. Die späteren Arbeiten aus dem Institute sollen in Fachzeitschriften veröffentlicht werden. Das vorliegende letzte Heft enthält acht Arbeiten. Gumi Busk gibt photometrische Untersuchungen über „Farbige Lichtfilter" und einen Beitrag zu den Untersuchungen über die photochemische Hautreaktion. Nach Charcot ist das Sonnenerythem ein Produkt der chemischen Lichtstrahlen, nicht der Wärmestrahlen. Widmark bestätigte diesen Satz 1889. Das Hautpigment dient, wie Unna 1885 aussprach, zum Schutze gegen diese Lichtwirkung. Finsens klassische Versuche wiesen diese Wechselwirkung erst recht nach. Die Haut mit ihrem Farbstoff paſst sich eben der Stärke der Beleuchtung an. Auch die Dicke der Hautschicht ist wie das Pigment in der Lage, die Haut vor den entzündungserregenden Einflüssen der Lichtstrahlen zu bewahren. Man denke an die relative Helligkeit der Körperdecke des Negers an Fuſssohle, Hohlhand und Nägeln. Das Lichterythem wird in seinem Entstehen, wie Finsen feststellte, beeinfluſst durch Menge und Stärke der Lichtstrahlen, Dauer der Belichtung, Farbstoffgehalt der Haut und Dicke derselben. Busk erprobte die Folgen der Lichtreaktion auf einem verschieden stark geschwärzten Stück seines Armes. Bei künstlicher Belichtung zeigte sich die folgende Hautreaktion entsprechend verschieden stark. Weiter stellte der Verfasser die relative Lichtempfindlichkeit der Haut an verschiedenen Körperstellen fest. Tritt die Reaktion auf zarten und blassen (bedeckten) Hautstellen schon nach einer Belichtung von fünf Sekunden ein, so ist bis zu einer vollen Stunde Belichtung notwendig, um auf etwa der Fuſssohle eine Reaktion zu erzielen. Bei relativ dicker Haut dringen die ultravioletten Lichtstrahlen überhaupt nicht bis zum gefäſsführenden Gewebe durch. Tritt trotzdem dort nach längerer Belichtung eine Reaktion auf, so ist diese Wirkung auf Strahlen von etwas geringerer Wellenbreite zurückzuführen. Die Zeiten der Bestrahlung, die erforderlich waren, Reaktion sichtbar werden zu lassen, fand Busk bei verschiedenen Personen verschieden lang. Bei zwölf untersuchten Personen gab es Schwankungen bei Belichtung der gleichen Stelle des Körpers von 20—80 Sekunden Minimalzeit. Leukodermaflecken zeigten die schnellste Reaktionszeit. Holger Mygind-Kopenhagen berichtet eine klinische Untersuchung über Lupus cavi nasi. Er sah bei 200 Lupösen aus der Finsen-Klinik 129 Fälle, die im Cavum nasi proprium Lupus oder Narben davon aufwiesen. 36 waren Männer, 93 Frauen. Letztere überwiegen also beim intranasalen Lupus die Männer um mehr als das Doppelte, doch ist ja der Lupus der Frau überhaupt doppelt so häufig zu beobachten als jener des Mannes. Auch waren im Institut an und für sich doppelt soviel Frauen als Männer anwesend. Der Lupus der Nasenschleimhaut bedroht jedenfalls das Leben der Kranken bei weitem nicht so sehr, als jener der tieferliegenden Abschnitte der oberen Luftwege. Der intranasale Lupus ist höchstwahrscheinlich ein sekundärer

Prozefs. In keinem von den 129 Fällen war die Gesichtshaut ganz frei von Lupus. Besonders häufiger Sitz ist der Eingang zum Naseninnern an den Flügeln. Meist sind die Nasenöffnungen verengt. Die hier auftretenden Lupusprozesse haben Neigung zu schnellem Verlauf und zu Tiefgang. Die näheren Einzelheiten dürften Rhinologen und Chirurgen mehr interessieren als Dermatologen. Studien über die Einwirkung gewisser Lichtstrahlen auf sensibilisiertes Gewebe veröffentlicht Rud. Holster. Er zeigt, dafs die verwendeten Strahlen von grofser Länge der Wellen in Geweben, die man durch Erytrosin sensibilisiert hat, einen besonderen Vorgang erzeugen, der zum Untergang von Gewebsteilen führt. Lundsgaard berichtet über Behandlung von Lupus conjunctivae. Diese Form des Lupus ist bei Finsens 1250 Lupuskranken an elf Knaben gesehen worden, also in 0,88%. Sigval Schmidt-Nielsen bringt einige Erfahrungen über die Verwendbarkeit des Lichtes als Reagens. Axel Reyn beschreibt noch Apparate und Methoden zur Lichtbehandlung, wie sie seit Jahren im Kopenhagener Finsen-Institut gang und gäbe sind. Seit 1901 ist vor allem die Sonnenlichtbehandlung gänzlich von der Behandlung mit elektrischem Lichte abgetrennt worden. Das künstliche Licht ist stets zu haben und hat auch schnellere Reaktion zur Folge. *Hopf-Dresden.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

c. *Hoden und Samenbläschen.*

Die Impotenz und ihre Behandlung, von Dammann-Berlin. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 52.) Verfasser unterscheidet folgende Arten von Impotenz:

A. Cerebrale Impotenz (Beeinträchtigung des in der Hirnrinde gelegenen Zentrums für das Sexualleben).
   1. Dauernde cerebrale Impotenz.
   2. Psychische Impotenz (Neurasthenie, Hypochondrie).

B. Spinale Impotenz (Beeinträchtigung des Erektionszentrums).
   1. Paralytische Impotenz.
   2. Funktionelle Impotenz.

Anfang Ejakulationsstörungen (Ejaculatio praecox, Verzögerung der Ejakulation).

Davon sind A 1 und B 1 unheilbar, während A 2 und B 2 der Behandlung zugängig sind. Von jeher wurden viel Aphrodisiaka dagegen angewendet; ohne Erfolg blieben Chinin, Strychnin, Organpräparat, etwas besser wirkt Cantharidin und zuweilen Hypnose. Eine direkt anregende Wirkung auf das Erektionszentrum hat ohne Zweifel das Yohimbin. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die therapeutische Anwendung des Yohimbin „Riedel" als Aphrodisiacum, mit besonderer Berücksichtigung der funktionellen Impotentia virilis, von Rudolf Topp-Halle a. S. (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1906. Nr. 10.) Warme Empfehlung des Yohimbins zur Behandlung funktioneller Impotenz. Verfasser zitiert aus eigener Praxis 10 Fälle, die Personen beiderlei Geschlechts und verschiedensten Alters betreffen, in denen es sich um Impotenz verschiedenen Grades — von fehlender Wollustempfindung bei der Kohabitation beim Weibe bis absolutem Fehlen der Erektionsfähigkeit des Gliedes beim Manne — und verschiedener Provenienz (Trauma,

Masturbation, allgemeine Neurasthenie und Hysterie) handelte. Achtmal wurde nun in sehr kurzer Zeit völlige Heilung und zweimal Besserung erzielt! (Verfasser und ein anderer Kollege, die auf der Liste der ganz Geheilten figurieren, sind wohl zu beglückwünschen; aber die Erfolge ihrer Kur, sowie die der übrigen acht Patienten sind zu glänzend, dafs sie überzeugend sein könnten. Ref.)

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Zur Therapie der Impotentia coeundi, von Steiner-Altenburg i. S. (*Dtsch. Medizinal-Ztg.* 1905. Nr. 90.) Verfasser wandte in mehreren Fällen von Impotenz das Yohimbin Riedel an; er kommt zu der Ansicht, dafs man in diesem Präparat ein Mittel in der Hand hat, welches bei sexuellen Schwächezuständen funktioneller Art und denen der Neurasthenie nicht etwa blos suggestiv oder autosuggestiv, sondern auf Grund seiner physiologischen Prüfung auch im menschlichen Körper pharmakodynamisch wirkt und somit bei Neurasthenie und nervösen Erschöpfungszuständen zur Hebung des Selbstbewufstseins und der Lebensfreude beizutragen imstande ist.

Bernhard Schulze-Kiel.

Beitrag zum Studium der freien organischen Körper im Innern der Hodenserosa, von Coletti. (*Rif. med.* 1906. Nr. 21.) Der Verfasser hat, zwar nicht häufig, bei Hydrocele Proliferationen auf der Hodenserosa nachgewiesen, die sich, nach stielförmiger Verengerung der Basis, ablösen, in die seröse Höhle fallen und so Fremdkörper bilden. Ihre histologische Struktur nähert sich bald derjenigen der Gelenkmäuse, bald derjenigen entzündlicher Produkte. Er kann somit nicht mit Malassez übereinstimmen, welcher einen Unterschied macht zwischen den knorpelartigen Plaques (und dementsprechend den freien Körpern, die von denselben abstammen) und den Produkten entzündlicher Abstammung. Der Verfasser glaubt vielmehr, dafs beide nur verschiedene Stadien desselben Prozesses darstellen.

C. Müller-Genf.

Behandlung von Kryptorchismus, von L. Fraser-North Shields. (*Brit. med. Journ.* 27. Okt. 1906.) Bei fünf Patienten hat Verfasser sieben zurückgebliebene Testikel folgendermafsen operiert: Nach Ausführung des Herniotomie-Schnittes wird die äufsere schräge Aponeurose durchtrennt und Hoden und Tunica freigelegt. Nach Durchtrennung des Cremasters wird das Scrotum invaginiert, und die auskleidende Fascia wird mit einem bis auf die Scrotalhaut durchgehenden Schnitte inzidiert. Nun wird die Fascia eine Strecke weit abpräpariert, um eine Tasche zu bilden, in welche der Testikel eingenäht wird. Dann wird der Peritonealsack unterbunden und versenkt, und nach Anlegung der nötigen Nähte durch Aponeurose, Cremaster, Annulus externus und Haut ist die Operation beendet. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Hodenverlagerung, von Kirmisson. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 41.) Die Arbeit bringt nichts Neues. *Götz-München.*

Zur chirurgischen Behandlung der Hodenektopie beim Kind, von Emile Leuthreau. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 155.) Der Arbeit liegen 16 Beobachtungen zu Grunde. Bei Kindern, die das zweite oder dritte Lebensjahr überschritten haben, ist eine chirurgische Behandlung am Platze; vor dieser Zeit soll man Massage und andere Manipulationen in Anwendung ziehen. Mit dem achten oder neunten Jahre soll operiert werden (bei Hernien früher). Dabei wünscht Verfasser eine breite Spaltung des Inguinalkanals. *Fritz Loeb-München.*

Operationstechnik bei Hodenektopie, von E. Forgue-Montpellier. *Presse méd.* 1906. Nr. 90.) Die Publikation enthält eine grofse Anzahl technischer Details für die Mobilisierung und nachfolgende Fixierung des ektopischen Hodens im Scrotum.

Sämtliche die Operation erschwerenden Komplikationen werden in Betracht gezogen. Die näheren Ausführungen eignen sich nicht für ein kurzes Referat.

Carl Schramm-Dortmund.

Zur Kenntnis der malignen Hodengeschwülste bei inguinaler Ektopie, von G. A. J. Tuder. (*Thèse de Paris.* 1903/04. Nr. 99.) *Fritz Loeb-München.*

Über den Krebs des ektopischen Hodens beim Erwachsenen, von L. J. A. J. Burgaud. (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 136.) *Fritz Loeb-München.*

Über einige neue Operationsmethoden am Hoden und seinen Adnexen, von Prosper Duménil. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 236.) *Fritz Loeb-München.*

Seltene Form eines malignen Hodentumors, von William A. Rolfe-Boston. (*Journ. americ. med. assoc.* 1907. I. Nr. 6.) Bei einem 38jährigen Manne bestand eine Hodengeschwulst mit grofser Schmerzempfindlichkeit. Bei Verschlechterung des Allgemeinbefindens fand sich nach einem Vierteljahr bereits eine metastatische Geschwulst am Rippenbogen. Es erfolgte eine Operation. Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete auf Chorion-Epitheliom. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von hämorrhagischem Infarkt und Nekrose des Hodens, von Lehmann. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1906.) Es handelt sich im der Arbeit zugrunde liegenden Fall um eine partielle hämorrhagische Infarzierung des Hodens mit Nekrose des Hodens und Nebenhodenparenchyms. Diese Zustände sind höchst wahrscheinlich nicht bedingt durch eine Torsion des Samenstranges, sondern auf eine traumatische Ätiologie zurückzuführen. Zirkulationsstörung war die Ursache der Nekrose.

Fritz Loeb-München.

Beiträge zur Kenntnis der histologischen Vorgänge bei Orchitis suppurativa. (Multiple Hodenabscesse im Gefolge des Katheterismus), von J. D. A. D. D. Thaly. (*Thèse de Toulon.* 1905. Nr. 611.) *Fritz Loeb-München.*

Über einen Fall durch den Bacillus pneumoniae Friedländer hervorgerufener abscedierender Orchitis und Epididymitis, von A. Speck-Berlin. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 42, Heft 7.) Der Fall betraf einen 22jährigen Arbeiter, der plötzlich unter Schmerzen am linken Hoden und Fieber erkrankte. Allmählich schwoll der Hoden zu Faustgröfse an, war stark gerötet und gespannt, aber auffallenderweise nicht druckempfindlich. Nach drei Wochen Operation, der Hoden zeigte sich, ebenso wie der Nebenhoden, von zahlreichen Eiterherden durchsetzt, so dafs die Totalexstirpation vorgenommen werden mufste. Glatter Wundverlauf, Heilung. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters ergab einen zum Typus des Bacillus pneumoniae Friedländer gehörigen Kapselbacillus. Aufser in der Ätiologie der Pneumonie kommt bekanntlich diesem Bacillus eine Bedeutung als Erreger von Eiterungen bei Otitis, Meningitis und namentlich bei Erkrankungen der Nasennebenhöhlen zu. Der vorliegende Fall stellt hingegen eine seltene Lokalisation dieses Bacillus hervor, wie sie nur noch einmal von Halban (1896) beschrieben worden sei. In beiden Fällen sei ein bemerkenswerter klinischer Befund die auffallend geringe Schmerzhaftigkeit der erkrankten Hoden gewesen. *Stern-München.*

Klinischer Beitrag zur künstlichen Anastomose der beiden Hoden wegen Nebenhodentuberkulose, von Sotis. (*Riwista med.* Sept. 1906.) Bei einem Kavalleristen, der sich infolge eines Traumas des Scrotums (Quetschung durch den Sattelknopf) eine tuberkulöse Nebenhodenentzündung zugezogen hatte, machte der Verfasser mit Erfolg die Exstirpation des erkrankten Organs mit nachfolgender Anastomose der Hoden, die nun ihr Produkt gemeinschaftlich in denselben gesunden Nebenhoden entleerten. *C. Müller-Genf.*

Die Verhütung der Epididymitis, von William T. Belfield-Chicago. (*New York med. journ.* 24. Nov. 1906.) Die erfolgreiche Behandlung blennorrhoischer und

anderer Infektionen der Samenbläschen und des Samenganges durch Injektionen, welche direkt in das Vas deferens gemacht wurden, veranlaſsten B. zu dem Versuche, durch ebensolche Injektionen die Weiterverbreitung gegen den Nebenhoden und damit die oft so schlimmen Folgen der Epididymitis zu verhüten. Die Operation, welche als Einleitung zu diesen Injektionen auszuführen ist, ist folgende: Das Vas deferens wird von den Fingern gegen die Skrotalhaut nahe der Mittellinie gehalten, während eine halbgekrümmte Nadel unter dem Vas durch die Haut durchgeführt wird, dann mit einer etwa $1^1/_2$ cm langen Incision bloſsgelegt und schlieſslich durch einen Längs- oder Querschnitt geöffnet. Eine feine Seidennaht wird je an beiden Enden der Incision eingelegt, und zwar etwa 8 mm oder weiter entfernt durch die Wand des Samenstranges. Eine andere Naht wird dann durch die Haut gelegt und deren zwei Enden auſsen leicht zusammengebunden. Diese Naht, welche in das Lumen des Samenstranges führt, dient dazu, die Nadel zu führen, wenn die täglichen Injektionen gemacht werden (mit welchen Mitteln, darüber äuſsert sich B. nicht. Refer.). Die Operation wird unter Lokalanästhesie in der Sprechstunde ausgeführt. Wenn die Wiederherstellung des Samenstranges gewünscht wird, wird die Hautnaht fest zusammengezogen und nach Heilung der Wunde entfernt. B. hatte in sechs Fällen Erfolg mit dieser scheinbar so einfachen prophylaktischen Operation und empfiehlt daher zur Verhütung der unmittelbaren und späteren schlimmen Folgen der Epididymitis deren ausgedehnte Anwendung. *Stern-München.*

Das Antigonococcusserum von Rogers und Torrey bei Epididymitis, von George Knowles Swinburne-New York. (*Journ. americ. med. assoc.* 1907. I. Nr. 4.) Bericht über 13 Krankheitsfälle. Drei der Patienten erhielten zwei Injektionen, vier drei, zwei vier und zwei fünf, zwei entzogen sich der Behandlung. Die Injektionen erfolgten nach Rogers Vorschrift subcutan in den Arm und waren meist unempfindlich. Ihre Wirkung war in allen Fällen günstig durch erhebliche Abkürzung der Dauer der Erkrankung. *Schourp-Danzig.*

Über das Epithel im Nebenhoden des Menschen, von R. Ikeda-Kyoto, Japan. (*Anatom. Anz.* 1906. Bd. 29. Nr. 1—4.) Das Resultat der Untersuchungen, welche I. am pathologisch-anatomischen Institut des städtischen Krankenhauses am Urban zu Berlin vornahm, faſst er folgendermaſsen zusammen: 1. Die flimmertragenden und flimmerlosen Zellen der Vasa efferentia haben die Sekretionsfunktionen; auſserdem gibt es hier kein besonderes drüsiges Organ. 2. Die Flimmerzellen der Vasa efferentia entwickeln sich aus den flimmerlosen (Geiſselzellen), indem die Zentralkörperchen (Diplosomen) sich, wie Benda zuerst beschrieb, vermehren und wachsen. 3. Der Zellübergang zwischen den Vasa efferentia und dem Vas epididymidis ist ein allmählicher. 4. Die Cylinderzellen des Vas epididymidis sind nicht echte Flimmerzellen, sondern sekretorische Zellen (Hammar, Fuchs); ihre Büschelhaare, welche bis direkt oberhalb des Kernes reichen, dienen zur Herausförderung des Sekretes. 5. Bei diesem Sekretionsvorgang scheint es I., als ob der Kerninhalt sich beteiligte. 6. Das Diplosom der Gangepithelien liegt meist dicht unter der Zelloberfläche oder noch etwas tiefer im Zelleib, zwischen ihm und dem Büschel ist kein Zusammenhang vorhanden. 7. Das Zentralkörperchen ist ausschlieſslich in diesem Diplosom zu suchen. Eine erläuternde Farbentafel und genaues Literaturverzeichnis ergänzen J.s schöne Arbeit. *Stern-München.*

d. *Prostata.*

Untersuchungen über die Lymphgefäſse der menschlichen Prostata, von Caminiti-Neapel. (*Anat. Anzgr.* 1906. Nr. 7 und 8.) C. hat umfassende und gründliche Untersuchungen über die Ausbreitung der Lymphgefäſse in der Prostata ange-

stellt, deren Resultate wohl mehr den Anatomen wie den Dermatologen interessieren dürften. *Putzler-Danzig.*

Die Cytologie des Prostatasekretes mit Rücksicht auf die Phagokaryose, von J. Sellei-Budapest. (*Budapesti Orv. Ujs. Urol.* Beil. 1906. Nr. 4.) Bei chronischer Prostatitis ist die Zahl der freien Lecithinkörperchen unabhängig von dem klinischen Befund. Je akuter der Prozeſs ist, je mehr Eiterzellen vorhanden sind, um so kleiner ist die Zahl der freien Lecithinkörperchen. Die polynukleären Leukocyten sind in gröſster Zahl bei akuter Prostatitis vorhanden, die Lecithinphagocytose und die Phagokaryose ist in solchen Fällen stark ausgesprochen; bei chronischen Formen prävaliieren die mononukleären Zellen. *B. Kollarits-Budapest.*

Beitrag zur Kenntnis der chronischen Prostatitis urethralen Ursprungs, von A. Ch. P. Quenay. (*Thèse de Lille.* 1905. Nr. 24.) *Fritz Loeb-München.*

Über die Rolle der Prostata in der Genese der spontanen Urethritis, von P. Serrière. (*Thèse de Lyon.* 1905. Nr. 150.) *Fritz Loeb-München.*

Eine neue Behandlungsmethode der Prostata- und Samenbläschenaffektionen, von E. Boross-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1906. Nr. 24.) B. machte die Erfahrung, daſs einfache Darmeingieſsungen von 200—250 g Wasser oft auffallende Besserung bei Prostatitiden herbeiführen. Den bekannten Arzbergerschen Apparat lieſs B. am proximalen Ende siebförmig durchlochen, der distale Teil ist mit Öffnungen versehen, um das im Rectum angesammelte Wasser abzuführen. Auf diese Weise werden die erkrankten Organe neben der thermischen Einwirkung noch mechanisch durch die Wasserstrahlen beeinfluſst! *B. Kollarits-Budapest.*

Ursachen und Behandlungsmethoden schwerer Blutungen der Prostatiker, von B. Goldberg-Cöln und Wildungen. (*New York. Monatsschr.* 1906. Nr. 9.)

1. Bei kleineren Blutungen infolge Verletzungen durch den Katheter wird die Blase möglichst frei von Blut gehalten, um den Bakterien den guten Nährboden zu entziehen: mehrfache Waschungen der Blase mit Borsäure, daneben Urotropin. Bei schwereren Katheterblutungen Verweilkatheter und ein- bis zweimal täglich Argentumspülung.

2. Bei Blutungen ex vacuo bei Entleerung der Blase füllt G. an Stelle des abgelassenen Harns konzentrierte Höllensteinlösungen nach (1 : 500).

3. Bei Hämaturien infolge Komplikationen mit Cystitis oder Calculosis Behandlung des Grundleidens nach bekannten Methoden.

4. Bei Besprechung der spontanen Blutungen unbehandelter Prostatiker wendet sich G. gegen die v. Fritsche und Guyonsche Auffassung, die angeblich nie Blut und nie Kolik bei unkomplizierter Prostatahypertrophie gesehen haben. Er hat bei 200 Fällen in 2% spontane Blutungen beobachtet. Leichtere prämonitorische Blutungen läſst er unbehandelt. Bei schweren spontanen Prostata-Hämorrhagien hat er Adrenalin lokal und intern, Stypticin mit Erfolg, Gelatine ohne Erfolg verwendet. Bei der Medikation von Antipyrin mahnt er zur Vorsicht, wegen der Nebenwirkung auf das Herz. Eventuell sind hier operative Eingriffe nötig, um die Blutung durch Tamponade, Kaustik oder direkte Adrenalinapplikation zu stillen.

Carl Schramm-Dortmund.

Die Blutungen und die Hämorrhagien der Prostatiker, von Guyon. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 26.) Der kurze Aufsatz bringt nichts Neues.

Götz-München.

Zur Kenntnis der malignen Prostatatumoren, von Paul Hallopeau. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 167.) *Fritz Loeb-München.*

Zur chirurgischen Therapie des Prostatakrebses, von J. L. M. Fournier. (*Thèse de Bordeaux.* 1905. Nr. 20.) *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zur Kasuistik der Prostatasarkome im kindlichen Alter, von PAUL FRÄNKEL. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1906.) Dafs das primäre Prostatasarkom eine recht seltene Erkrankung ist, geht schon daraus hervor, dafs Verfasser nur 30 einwandsfreie Fälle zusammenstellen konnte.

Die Ätiologie ist so dunkel wie die der malignen Tumoren überhaupt. In keinem der 30 Fälle ist von hereditärer Belastung die Rede; ebenso ist in keinem Fall die Sarkomentstehung mit irgendwelcher Bestimmtheit auf eine Hypertrophie zurückzuführen. — Es waren 14 Patienten noch nicht zehn Jahre alt.

Es waren alt	0— 1 Jahr	4 Fälle,	41—50 Jahr	1 Fall,
	1—10 „	10 „	51—60 „	4 Fälle,
	11—20 „	3 „	61—70 „	1 Fall,
	21—30 „	4 „	71—80 „	1 „
	31—40 „	2 „		

Die Gröfse der Tumoren ist sehr verschieden: von Hühnereigröfse bis zu Kindskopfgröfse und 1,37 kg Gewicht. Die Spindelzellensarkome sind im Gegensatz zu den (besonders kleinzelligen) Rundzellensarkomen meist derb. Verfasser bespricht ausführlicher das Verhalten der Prostatasarkome zu den Nachbarorganen. Zu Metastasenbildung kommt es beim primären Prostatasarkom nicht häufig. 19 Fälle von den 30 des Verfassers verliefen ohne Metastasen. In fünf Fällen bestanden Knochenmetastasen.

Eine Übersicht über die histologischen Verhältnisse der 30 Fälle des Verfassers ergibt:

11 Rundzellensarkome,	2 Lymphosarkome,
5 Spindelzellensarkome,	4 Polymorphzellige Sarkome,
2 Angiosarkome,	1 Adenosarkom,
4 Myxosarkome,	3 Rhabdomyosarkome.

Von den klinischen Symptomen sei hervorgehoben, dafs sich unter den 30 Fällen einer befindet, bei dem zu Lebzeiten niemals Symptome bemerkt wurden, die auf eine Prostatageschwulst hinwiesen. Meist sind die Symptome überhaupt recht wenig charakteristisch. Am häufigsten werden noch die Miktionsstörungen beobachtet, die durch Verlagerung oder Stenosierung der Urethra veranlafst werden und in 25 Fällen vom Verfasser verzeichnet gefunden wurden. Auch von Seiten des Mastdarms können Kompressionserscheinungen zur Beobachtung kommen. Schmerzen fehlen selten. Kachexie tritt bald ein.

Der Verlauf ist recht verschieden und zunächst von der histologischen Beschaffenheit des Tumors abhängig. Bei den vorliegenden Fällen schwankt die Krankheitsdauer von 1 Monat bis zu 2½ Jahren.

Die Diagnose ist schwierig, die Prognose ganz schlecht; die Therapie hat, wenn möglich, in radikaler Entfernung zu bestehen. Als Operation kommen in Betracht: die Enucleation, die partielle und die totale Prostatektomie. Eventuell sind Palliativoperationen nötig. *Fritz Loeb-München.*

Frühdiagnose und chirurgische Behandlung des Prostatacarcinoms mit besonderer Berücksichtigung der BOTTINIschen Operation als Palliativverfahren, von WALTER FÜRSTENHEIM. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1904.) 1. Das Prostatacarcinom ist häufiger als man früher geglaubt hat. Bei jeder chronischen Prostatavergröfserung soll man an die Möglichkeit einer malignen Neubildung denken. 2. Die Unterscheidung des Prostatakrebses von der gewöhnlichen Hypertrophie ist in seinen Frühstadien häufig möglich. 3. Beim Carcinoma prostatae intracapsulare ist ein radikaler Eingriff in Erwägung zu ziehen, beim Carcinoma prostatae pelvicum ist ein solcher kontraindiziert. 4. Die BOTTINIsche Operation bietet bei Prostatabecken-

krebs keine besonderen Gefahren. Sie vermag dem Patienten unter Umständen für Monate keine wesentliche Besserung der Miktionsverhältnisse zu verschaffen. 5. Die Bottini'sche Operation ist also neben der Cystotomia suprapubica ev. vor ihr als Palliativoperation bei Prostatabeckenkrebs verwendbar. *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zur Kenntnis der Beziehungen zwischen Prostatakrebs und Prostatahypertrophie, von A. Bérard. (*Thèse de Montpellier.* 1904. Nr. 56.)

Fritz Loeb-München.

Besteht ein Zusammenhang zwischen Prostatitis und Prostatahypertrophie? von Berthold Goldberg-Cöln-Wildungen. (*Centralbl. f. d. ges. Med.* 1907. Nr. 8.) Das praktische Interesse an der Entscheidung, ob die sog. Prostatahypertrophie eine phlogistische oder neoplastische Pathogenese hat, liegt in der Möglichkeit der Prophylaxe einer auf entzündlicher Grundlage entstehenden Krankheit und in der schärferen Forderung der Radikaloperation gegenüber einer neoplastischen Wucherung. An der Hand klinischer Beobachtungen an Lebenden fand der Verfasser bei jungen Männern mit Prostatitis einerseits das klinische Bild des „Prostatismus", ohne das pathologische Substrat einer „Hypertrophie", andererseits diese Hypertrophie ohne die klinischen Folgeerscheinungen, und sah weiter, dafs viele bisher der weichen Form der Prostatahypertrophie zugerechneten Erkrankungen nichts weiter sind als Prostatitiden. Diese klinischen Tatsachen bilden gerade keine Stütze der phlogistischen Pathogenese der Prostatahypertrophie.

Schourp-Danzig.

Prostatitis chronica „cystoparetica", von Berthold Goldberg - Wildungen (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 37.) G. schlägt für die mit chronischer inkompleter Harnretention verbundene chronische Prostatitis die Bezeichnung „Prostatitis chronica cystoparetica" vor. Er selbst hat diese schwerste, aber selten vorkommende Form der chronischen Prostatitis bisher zwölfmal beobachtet, das Alter der zwölf Patienten betrug zwischen 25 und 45 Jahren. Die Symptome sind die einer schweren, chronischen, eitrigen Prostatitis, zu denen noch die durch Cystoparese verursachte chronische inkomplete Harnretention und zumeist auch noch sekundär eine Infektion der Harnwege hinzukommt. Nur bei vier Kranken, die alle noch nicht 40 Jahre alt waren, ist die Retention im Laufe längerer Behandlung geschwunden, bei allen übrigen blieb sie bestehen, verlief aber niemals progressiv. Die Affektion, welche die gleichen Störungen der Harnentleerung bewirkt wie die Prostatahypertrophie, darf nur diagnostiziert werden, wenn alle anderen Erkrankungen, die erfahrungsgemäfs zu Cystoparese führen können, namentlich auch die eigentliche Prostatahypertrophie und die Harnröhrenstrikturen ausgeschlossen sind; von beginnender Prostatatuberkulose ist sie oft nur schwer zu unterscheiden. Die Prognose ist, allerdings nur bei richtiger Behandlung, quoad vitam eine gute; funktionelle Heilung ist nur in den ersten Jahren zu erwarten, wenn es sich um geringe Mengen Residualharn und eine noch nicht ganz zerstörte Drüse handelt. Die Therapie besteht in Behandlung der Prostatitis, regelmäfsiger Entleerung der Blase mit dem Katheter und Spülungen der Blase und Harnröhre und endlich in dauerndem Gebrauch antiseptischer Mittel (Salol, Chinin, Urotropin, Hetralin) per os. Hat diese Therapie bei jahrelanger Anwendung keine Besserung gebracht, dann kommt die operative Behandlung, die Resektion der Prostata oder eventuell die Prostatektomie in Frage. *Götz-München.*

Untersuchungen über die Entstehung der Prostatahypertrophie, von B. Motz-Paris und Perearnau-Barcelona. (*Gazeta lekarska.* 1906. Nr. 16—18.) Verfasser untersuchten mikroskopisch 68 Fälle von Hypertrophie der Vorsteherdrüse (aus dem Materiale des Hôpital Bicêtre, Hôpital Necker und des Museums von Prof. Guyon in Paris) und kamen zu folgenden Resultaten: Die Hypertrophie der

Prostata hängt ausschliefslich von den zentralen Drüsen und dem sie umgebenden Bindegewebe ab; die Vorsteherdrüse selbst beteiligt sich keineswegs an der Gewebeneubildung — im Gegenteil — sie erleidet eine mehr oder weniger ausgesprochene Atrophie. Die Hauptveränderung bei der Prostatahypertrophie ist die Neubildung der Adenomyome, die sich aus den periurethralen Drüsen entwickeln. Diese Drüsen sind von der Prostata durch die glatten Muskelfasern eines Sphincter intraperinealis getrennt, der manchmal auch bei normalen Verhältnissen sichtbar ist. — Bei mittelgrofsen und grofsen Hypertrophien wird die Vorsteherdrüse gegen die Peripherie verdrängt.

Die Hypertrophie der Prostata tritt in zweierlei Form auf: entweder findet man nur eine Anzahl kugelförmiger Körper, die in der mittleren Zone unregelmäfsig verteilt sind, oder wird die ganze mittlere Zone verdickt und neben Bildung kugelförmiger Körper hypertrophiert auch das Bindegewebe. Die kugelförmigen Körper sind das Resultat der Neubildung des Drüsen- und Muskelgewebes. Die Körper, die nur aus Muskelgewebe bestehen (Myome), finden sich gewöhnlich um die neugebildeten Kapillargefäfse. In der Mehrzahl der Fälle findet neben dem Neubildungs- auch ein Entzündungsprozefs statt.

Die chronische Entzündung der Vorsteherdrüse kann — allerdings nur in sehr seltenen Fällen — eine inkomplete Harnentleerung und sogar eine komplete Retentio urinae zur Folge haben. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über Prostatahypertrophie, von Neuhaus - Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 37.) In der Gesellschaft der Charité-Ärzte am 12. Juli 1906 stellt Neuhaus drei Fälle vor, welche von Prof. Hilebrand wegen Prostatahypertrophie operiert wurden, und zwar nach der Freyerschen Methode, d. h. also, es wurde die Sectio alta gemacht und von der Blase aus die Prostata ausgespült; in zwei Fällen wurde dabei Rückenmarksanästhesie angewandt. Die Resultate waren gut. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Behandlung der Prostatiker durch den praktischen Arzt, von Jeanbrau. (*Montpellier médical.* 15. Juli 1906. Nach *Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 34.) Zusammenstellung und Beschreibung der Mafsnahmen und Verrichtungen, die der praktische Arzt, d. h. der Nichtchirurg, bei Prostatikern anwenden mufs oder selbst vorzunehmen imstande ist. *Götz-München.*

Zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von Rörig II (Reinhard) - Wildungen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 23.) Den in der letzten Zeit veröffentlichten abfälligen Urteilen über die Bottinische Operation spricht R. die Berechtigung ab; wenn mit dem Verfahren Mifserfolge erzielt werden, so ist das seiner Überzeugung nach nur durch Mangel an Übung bedingt. R. selbst hat 203 Fälle von Prostatahypertrophie nach Bottini operiert und, soweit es sich um vorgeschrittene Stadien handelte, fast immer vollen Erfolg gehabt; nur bei Prostatahypertrophie geringen Grades, d. h. bei Patienten, die nur wegen häufiger und zum Teil erschwerter Miktion bei Nacht einen Eingriff verlangten, versagte das Verfahren; solche Fälle sind aber für keine Art von Operation geeignet. Rezidive hat R. niemals gesehen; doch empfiehlt er, bei Prostatikern unter allen Umständen die Bottinische Operation eventuell mehrere Male auszuführen und erst bei endgültig negativem Erfolge die Prostatektomie, die ein viel schwererer und gefährlicherer Eingriff ist, vorzunehmen. — R. operiert mit dem Original - Bottini - Brenner am aufrechtstehenden Patienten bei leerer Blase ohne Narkose oder Anästhesie. Beim stehenden Patienten stülpt sich die Prostata in den Ausgang der leeren Blase vor und erleichtert dadurch die ausgiebige Durchschneidung; in Narkose zu operieren empfiehlt sich deshalb nicht, weil die Blasenwandung dann schlaff ist und die Drüse infolgedessen andere Formen annimmt.

Götz-München.

Konservatismus in der Behandlung der senilen Hypertrophie der Prostata von John van der Poel-New York. (*Med. Record.* 1906. Nr. 21.) Verfasser bespricht den klinischen Verlauf der drei Stadien der senilen Prostatahypertrophie (1. prodromales Stadium: Harndrang mit späterer Schwierigkeit beim Urinieren und eventuell mit Polyurie; 2. Stadium: Blaseninsuffizienz und Residualharn; 3. Stadium: Inkontinenz infolge dauernder Ausdehnung) und kommt zu der Überzeugung, daſs ein in geeigneter Weise und zur rechten Zeit angewandter Katheterismus viele Operationen unnötig macht; andererseits aber, dank der modernen Operationstechnik, erscheint jetzt manche Operation gerechtfertigt, die früher kaum gute Resultate geben konnte. Bei mäſsiger Vergröſserung der Vorsteherdrüse mit leichter Frequenzerhöhung des Urinierens und mäſsigem Residualharn ist nur Massage notwendig, und zwar nur bei der glandulären Form. — Wo aseptischer Katheterismus praktisch undurchführbar ist, muſs die Operation früher in Betracht gezogen werden. — Im zweiten Stadium, mit einem Residualharn von 120 g und mehr, ist, wenn mildere Mittel erfolglos bleiben, der Katheter indiziert; bei stärkerem Residuum und sklerotischer Prostata kann eine Operation ratsam werden. — Bei akuten Harnretentionen muſs zuerst die Katheterisation versucht werden; sie vermag in manchen Fällen die Beschwerden für viele Jahre zu beseitigen. In nicht zu weit vorgeschrittenem dritten Stadium kann der Katheterismus den Patienten in das zweite Stadium zurückbringen. Ist er nicht anwendbar, so erscheint die Operation angezeigt, wenn der Zustand der Nieren und das Allgemeinbefinden sie rechtfertigen. — Bei weiter, nicht kontrakter Blase mit chronischer Cystitis sind Prostatektomie oder Prostatotomie als Regel nicht gerechtfertigt, da sich die Kranken nach der Operation ebenso schlecht oder schlechter befinden. — Bei chronischer Retention ist, wenn der Fall aseptisch ist, der Katheterismus oft vorzuziehen; ist aber der Fall schon längere Zeit septisch gewesen, so ist die Operation indiziert. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die Anwendung von Extract. suprarenale zur Erleichterung der Katheterisation von Patienten mit Prostatahypertrophie, von A. E. Prince-Springfield. (*Journ. amer. med. assoc.* 1907. Bd. I. Nr. 1.) Mitteilung von drei Fällen, in welchen die vorher unmögliche Katheterisation leicht gelang, nachdem eine 0,1%ige Adrenalinlösung mit einer 4%igen Kokainlösung zusammen in die Urethra injiziert worden war. *Schourp-Danzig.*

Die Anzeigen zur Radikaloperation der Prostatiker, von B. Goldberg-Wildungen. (*New Yorker med. Monatsschr.* Okt. 1906, und *Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 32.) Aus einer umfassenden Berücksichtigung der Literatur und auf Grund von Beobachtungen an seinen zahlreichen eigenen Fällen, welche er zum Teil auch selbst operiert hat, kommt G. zu dem Gesamtresultat, daſs man im allgemeinen heutzutage die Operationen entschieden übertreibt. Der Standpunkt von Albarran, Lydston und Héresco, jede vergröſserte Prostata auch ohne Eintritt von Harnverhaltungen zu exstirpieren, ist wegen der durchaus nicht ganz geringen Gefahr der Operation und weil die Aussichten sonst beim weiteren Verlauf keineswegs so durchaus ungünstige sind, zu verwerfen. Auch die akute Retention ist keine Indikation für eine Radikaloperation, wenn auch die Cystotomie z. B. als Palliativmittel gelegentlich nötig sein wird. Mehr Begründung hat die Prostatektomie bei chronischer Retention auch ohne Dilatation der Blase, wenn auch unter solchen Patienten sich sehr zahlreiche finden, die ohne Operation ein ganz leidliches Dasein jahrelang genieſsen. Am meisten Berechtigung hat die Operation bei Prostatahypertrophie mit chronischer, inkompletter Retention und Distension der Blase, wenn die Katheterbehandlung nicht durchführbar ist und falls noch keine Infektion, Kachexie oder urämische Erscheinungen eingetreten sind. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Wann, wie und warum mufs man zur Prostatektomie raten? von F. Cathelin. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 42.) Zusammenstellung der Indikationen der Prostatektomie, kurze Kritik der verschiedenen Operationsmethoden und Aufzählung der Gründe, die, abgesehen von den strikten Indikationen, die Operation wünschenswert erscheinen lassen. Für die grofse Mehrzahl der operativ zu behandelnden Fälle ist das perineale Verfahren das geeignete, das suprapubische wird sich nach C.s Überzeugung nicht einbürgern, es ist nur angezeigt in Fällen mit starker Hämaturie, in denen nicht mit Sicherheit unterschieden werden kann, ob es sich um einen Blasentumor oder eine Prostatahypertrophie handelt. Die kombinierte perineal-suprapubische Methode endlich pafst nur für Fälle mit ungewöhnlich grofser, stark ins Blasenlumen vorspringender Prostata. *Götz-München.*

Anzeigen zur Prostatektomie und die Erfolge der Operation, von Alexander Hugh Ferguson-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* 13. Okt. 1906.) Der Arbeit sind 20 Abbildungen von Prostataveränderungen beigegeben; drei weitere veranschaulichen die Ausführung der Prostatektomie. Neues enthält die Arbeit nicht.

Schourp-Danzig.

Über Prostatektomie, von Gustav Lochner. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1905.) Die ebenso inhalts- wie umfangreiche Arbeit läfst sich nicht kurz referieren und verdient ein Studium im Original. Es sei hier nur angeführt, was Verfasser als Vorzüge der Hauptmethoden der Prostatektomie bezeichnet:

I. Perineale Methode.

1. Die Mortalität ist geringer.
2. Es entsteht keine doppelte Blasenwunde.
3. Die Drainage erfolgt nach unten; es entsteht keine Sekretanhäufung im unteren Teil der Blase.
4. Die Gefahr der Harninfiltration ist geringer.
5. Die ganze Operation kann unter Leitung des Auges ausgeführt werden.
6. Man kann so viel oder so wenig von der Drüse wegnehmen, wie man will. Man ist also in der Lage, in Fällen, wo dies von Wichtigkeit ist, die Ductus ejaculatorii zu erhalten.

II. Suprapubische Methode.

1. Die Gefahr der Mastdarmverletzung fällt fort.
2. Die Blutstillung ist leichter.
3. Die Technik ist einfacher.

Im allgemeinen ist wohl namentlich für ältere, weniger widerstandsfähige Patienten die peritoneale Methode als die weniger eingreifende am geeignetsten. Nur wenn die Prostata sehr grofs ist, wählt man besser den suprapubischen Weg.

Fritz Loeb-München.

Prostatektomie wegen Prostatahypertrophie, speziell in bezug auf die Leistungen amerikanischer Chirurgen, von Ramon Guiteras-New York. (*New York med. Journ.* 22. Sept. 1906.) G. bringt eine kurze Geschichte der Prostatektomie, welche (seit 1886) in besonderem Mafse die Aufmerksamkeit der amerikanischen Chirurgen gewonnen hatte, und kommt zu dem Ergebnisse, dafs bei der nun erreichten Vervollkommnung der Technik die Prostatektomie eine ebenso einfache Operation sei wie etwa die Hysterektomie. Die idealen Fälle für die mit hohem Blasenschnitt verbundene Prostatektomie sind jene, bei welchen eine ziemliche Menge stets zunehmenden Residualharns infolge einer „in die Blase hineinwachsenden“ Prostata vorhanden ist. Die mit hohem Blasenschnitt verbundene steht nach Verfassers Ansicht in demselben Verhältnis zur perinealen Operation wie die abdominale zur vaginalen Hysterektomie: die Dauerresultate sind weit besser, wenn auch die Mortalität eine etwas gröfsere ist.

Es gelingt mit der suprapubischen Prostatektomie am besten, die gefährlichen Komplikationen der Prostatahypertrophie zu bekämpfen und eine nahezu normale Spontanmiktion wieder zu erreichen. Zu diesem Schlusse kam GUITERAS nach 15 jähriger Erfahrung und nachdem er früher beinahe ausschliefslich die perineale Operation vorgenommen hatte. Die Technik seines Verfahrens beschreibt er in vorliegender Arbeit auf das eingehendste, ist aber nur vermittels der beigegebenen (elf) Illustrationen gut verständlich. *Stern-München.*

Beitrag zur Kasuistik der transvesikalen Prostatektomie (FREYERsche Operation), von E. REMETE-Budapest. (*Budapesti Orv. Ujs.* Urolog. Beil. 1906. Nr. 4.) Bei einem 53jährigen Kranken mit 600 ccm Residualharn führte die Operation zur vollständigen Heilung. *B. Kollarits-Budapest.*

Ein Fall von Sectio alta vesicae und Enukleation der Prostata bei einem Greis; Heilung, von H. LITTLEWOOD-Leeds. (*Brit. med. Journ.* 17. Nov. 1906.) Bei einem 90jährigen Greis wurde ein ca. 70 g schwerer Uratstein entfernt und gleichzeitig die 80 g schwere Prostata enukleiert. Die Heilung der Wunde erforderte einige Monate, aber Patient war schon vorher bei gutem Wohlbefinden und konnte an die See reisen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Suprapubische Enukleation der Prostata bei einem 78jährigen Patienten, von C. E. BELL-Exeter. (*Brit. med. Journ.* 1. Dez. 1906.) Trotz vorheriger Cystitis und einer sehr derben Kapsel überstand der Patient die Entfernung des ca. 85 g schweren Organs sehr gut und wurde nach Bekämpfung einer nicht ganz aufgeklärten Blasenblutung geheilt entlassen, sieben Wochen nach der Operation.

Philippi-Bad Salzschlirf.

e. *Nieren, Ureteren, Harn.*

Ein Fall von Ruptur des Ureters, von W. G. NASH-Bedford. (*Lancet.* 17. Nov. 1906.) Ein 44jähriger Mann kam mit allgemeinen Krankheitserscheinungen und Empfindlichkeit der rechten Lende zur Aufnahme. Er hatte vorher während der letzten fünf Monate gelegentlich an Schmerzen im Abdomen und in der linken Seite, Erbrechen und Verstopfung gelitten. Von einem Trauma war nichts zu eruieren. Einige Tage nach der Aufnahme wurde eine schnell zunehmende Anschwellung lateralwärts vom Coecum konstatiert. Nach Eröffnung derselben entleerte sich reichlich Flüssigkeit (Urin), und das stofsweise Nachsickern liefs erkennen, dafs eine Undichtigkeit des Ureters vorlag. Ohne weitere Eingriffe wurde Drainage angelegt, und etwa fünf Wochen später wurde Patient geheilt entlassen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Modifizierter hypogastrischer Schnitt zur leichteren Auffindung des unteren und vesikalen Endes des Ureters, von PIERRE FONTANEL. (*Thèse de Lyon.* 1905. Nr. 67.) *Fritz Loeb-München.*

Ein ungewöhnlicher Fall von Harnverhaltung, von H. D. HOWE-Hampton. (*New York med. Journ.* 15. Dez. 1906.) Der Fall betraf eine Patientin, welche wegen Uteruscarcinom drei Jahre vorher operiert worden ist und bei welcher infolge Rezidivs die Ureteren beiderseits hochgradig komprimiert wurden und Hydronephrose entstand. 25 Tage lang lebte Patientin noch, ohne dafs es gelang, mit dem Katheter Urin zu entleeren, bis sie schliefslich an Urämie zugrunde ging. Bei der Autopsie zeigte sich die eine (linke) Niere beinahe nur als dünnwandige Cyste, etwa zehn Unzen heller Flüssigkeit enthaltend, die andere wies Hypertrophie der Nierensubstanz sowie ausgedehnte Erweiterung des Nierenbeckens auf; die Ureteren waren auf beiden Seiten völlig obliteriert durch eine carcinomatöse Masse, welche vom Überrest des rechten Ligamentum latum ausging. H. fand in der Literatur nur noch einen ähnlichen Fall (von GORDON-Portland), wo Patientin 27 Tage lebte, ohne einen Tropfen Urin abzusondern oder auch Erscheinungen von Urämie zu zeigen. *Stern München.*

Über paraureterale Lymphcysten, von Georg Schlomann. (Inaug.-Dissert. Königsberg i. Pr. 1905.) Kasuistische Arbeit mit einer guten Zusammenstellung der Literatur und einer sehr instruktiven Abbildung. *Fritz Loeb-München.*

Über ein primäres Carcinom des Ureters, von Kurt Vorpahl. (Inaug.-Dissert. Greifswald 1905.) Für die Mehrzahl der primären Geschwulste der oberen Harnwege ist die Entstehungsursache zurzeit noch ganz unbekannt. Der Fall des Verfassers ist bemerkenswert wegen des Fehlens des papillären Baues der Geschwulst. Der Tumor verhält sich ähnlich wie ein Magenscirrhus. Er ist in der Gegend der Uretermündung entstanden, hat sich unter dem Bilde des Markschwammes nach der Blase zu und nierenwärts verbreitet, das Lumen völlig verlegend und ist dann auf die höher gelegene Partie des Ureters und das umgebende Fettgewebe übergegriffen.

Das Schlufskapitel behandelt den Zusammenhang zwischen Carcinom der grofsen Harnwege und Steinbildung. *Fritz Loeb-München.*

Ein bisher nicht beschriebenes Harnsediment, von Heinz Richartz-Homburg. (*Zentralbl. f. d. ges. Med.* 1907. Nr. 6.) Bei einem 44jährigen Manne mit orthostatischer Albuminurie fand sich im Urin ein lockerer grauer Bodensatz, welcher sich aus grofsen Kristallen zusammensetzte. Einzelne Exemplare waren bei einer Breite von 0,3—0,6 mm bis 1,5 mm lang, von aufserordentlicher Sprödigkeit und in Besen- und Doppelbüschelform geordnet. Die einzelnen farblosen, stark lichtbrechenden Nadeln waren vierkantig-prismatisch und endeten in einer feinen Spitze. Die chemische Untersuchung ergab, dafs in den Kristallen Phosphor, Magnesium, Ammonium und Calcium enthalten waren; das Calcium war nur in Spuren nachweislich. Die Kristalle dürften als phosphorsaure Ammoniakmagnesia bezeichnet werden.

Schourp-Danzig.

Über Gipskristalle im menschlichen Harn, von St. Lapinski-Krakau. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 45.) Fügt den vier bis jetzt in der Literatur bekannten Beobachtungen von Kristallen aus schwefelsaurem Gips im Harn einen weiteren Fall aus der medizinischen Universitätsklinik Krakau zu. Wie in den übrigen Fällen waren auch hier schwere Ernährungsstörungen bei dem Kranken vorhanden.

Carl Schramm-Dortmund.

Harnkonkremente und deren Nachweis durch die X-Strahlen, von E. W. H. Shenton-London. (*Lancet.* 15. Sept. 1906.) Der Nachweis von Konkrementen der Harnwege gelingt nach Verfassers Beobachtungen bei Aufnahme eines Skiagramms in zwei Drittel der Fälle nicht. Mit grofser Sicherheit dagegen entdeckt man etwaige Steinbildungen, wenn man in zweckmäfsiger Weise mit dem Schirm untersucht. Der Patient liegt auf einem Segeltuchrahmen auf dem Bauche; die Röhre wird unter ihn gestellt. Die Atmungsbewegungen, welche das Herstellen von Photogrammen so sehr erschweren, sind bei solcher Untersuchung geradezu eine Hilfe, weil dabei der Gegensatz zwischen den unbeweglichen Teilen, wie Wirbelsäule und Becken, und den beweglichen Gebilden klarer hervortritt. Namentlich ist aber zu berücksichtigen, dafs die Schatten der verschiedenen Steine sehr verschieden an Intensität ausfallen. Ein Uratstein kann nie einen so dunklen Schatten werfen wie ein Oxalatstein. Um das längere Warten in der Dunkelkammer bis zur Angewöhnung des Auges zu vermeiden, verwendet S. mit gutem Erfolg die Komplementärfarbe seines Schirmes und beleuchtet mit Blaulicht. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beiträge zur Kenntnis des Copaivaharnes, von G. Berthoud. (Inaug.-Dissert. Bern 1905.) Ergebnisse: 1. Die Farbenreaktionen, die durch verschiedene Säuren im Copaivabalsam oder -öl hervorgerufen werden, sind kein Beweis dafür, dafs eine Verfälschung mit Gurjunbalsam stattgefunden hat, sondern deuten auf das Auftreten e in^e Oxydationsprozesses. 2. Der die Farbenreaktion des Copaivaharnes veranlassende

Körper ist keine Säure. Er ist nicht identisch mit dem Bestandteil des Copaivaöles, der die gleiche Reaktion gibt. 3. Das Verhalten des Copaivaharnes gegen Fehlings und Nylanders Reagens ist nach Gebrauch verschiedener Balsame verschieden.

Fritz Loeb-München.

Über die Einwirkung von Salzen auf die Nieren (im Tierexperiment), von J. Eugene J. Leopold-Baltimore. (*Zeitschr. f. klin. Med.* 60. Bd. u. 6. Heft.) Die Versuche bestätigen, daſs Kochsalz, auch bei Darreichung per os, schon in relativ kleinen Dosen im Tierexperiment einen Reiz auf die gesunde Niere darstellt und daſs dieser Reiz in noch weit höherem Maſse zur Geltung kommt, wenn, wie nach Nephrektomie, an das zurückgebliebene Organ erhöhte Anforderungen gestellt werden; die Versuche zeigen, daſs auch den Phosphaten eine schädigende Wirkung auf die Nieren zukommt. *Schourp-Danzig.*

Rückstauung des Urins nach dem Nierenbecken, von R. Geigel-Würzburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 48.) Rückstauung des Urins durch die Ureteren ist bei Tieren mehrfach beobachtet worden; ob sie auch beim Menschen vorkommt, wissen wir nicht. Jedenfalls böte der Vorgang einer Harnrückstauung eine plausible Erklärung für die Fälle von aszendierender Infektion der Harnwege; denn ohne sie kann man sich nur schwer vorstellen, wie Entzündungserreger in der Richtung gegen den Harnstrom von der Blase in die Nieren gelangen können. Von Interesse ist in dieser Beziehung die Beobachtung, die ein Arzt seit Jahren an sich macht und G. mitgeteilt hat. Der Kollege vergiſst oder verschiebt abends, obwohl er ein paar Glas Bier trinkt, im Eifer des Studiums häufig die Harnentleerung, bis der Drang zu stark wird. Wenn er dann zur Miktion aufsteht, fühlt er zuweilen beiderseits einen von der Blase nach der Nierengegend zu aufsteigenden krampfartigen, nicht sehr intensiven Schmerz, der sich zuletzt in der Nierengegend lokalisiert; gleichzeitig nimmt der Harndrang bedeutend ab, und wenn der Kollege nun uriniert, so kommt nur verhältnismäſsig wenig Urin. Der dumpfe Druck in der Nierengegend nimmt darauf allmählich ab, und nach einer Viertelstunde wird eine sehr groſse Urinmenge entleert. — Wahrscheinlich handelt es sich in diesem Falle um eine Rückstauung des Harns.

Götz-München.

Über die Ausscheidungsgröſse von organischen Säuren im Harn unter verschiedenen Bedingungen, insbesondere beim gesunden Menschen, von Emil Hoffmann. (Inaug.-Dissert. Greifswald 1906.) *Fritz Loeb-München.*

Zur Kenntnis der konstitutionellen Albuminurie, von Hans Richter. (Inaug.-Dissert. Rostock 1906.) Verfasser stellt auf Grund seines Materials folgende Thesen auf: 1. Die konstitutionelle Albuminurie findet sich häufiger beim weiblichen als beim männlichen Geschlecht. 2. In der Kindheit und in den Entwicklungsjahren wird die konstitutionelle Albuminurie oft gefunden, selten bei Erwachsenen. 3. Die konstitutionelle Albuminurie ist fast ausschlieſslich verbunden mit einer allgemeinen schwächlichen Körperentwicklung oder einer spezifischen Organschwäche (Skrophulose, dilatative Herzschwäche, Chlorose resp. dieselben mit einander verbunden. 4. Die Anamnese ergibt keine Anhaltspunkte für das Bestehen einer konstitutionellen Albuminurie. 5. Eine familiäre Veranlagung läſst sich nicht von der Hand weisen.

Die Therapie muſs darauf gerichtet sein, durch eine allmähliche, sorgfältig überwachte Kräftigung und Übung den Gesamtorganismus gegenüber den ihm gestellten Anforderungen widerstandsfähiger zu machen: Systematische Übungen, Regelung der Lebensweise, Vermeiden gröſserer körperlicher Anstrengungen und psychischer Erregungen, überhaupt Fernhalten von Reizen, die für den Ausbruch einer wirklichen Erkrankung von Einfluſs sind. Verfasser schlieſst seine Arbeit mit dem Satz: „Wir

müssen uns bewufst bleiben, dafs wir es bei der konstitutionellen Albuminurie mit einer krankhaften Anlage zu tun haben."

Das Literaturverzeichnis ist dürftig. *Frits Loeb-München.*

Hämatogene Albuminurie, von R. HINGSTON FOX. (*Lancet.* 25. Aug. 1906.) Es ist schon lange bekannt gewesen, dafs Albuminurie leichten Grades namentlich im Pubertätsalter und vorwiegend beim männlichen Geschlecht eine relativ häufige Erscheinung ist, bei welcher die Prognose durchaus nicht ungünstig zu stellen ist. Man hat sie als hämatogenen Ursprungs ohne eine Läsion des Nierengewebes erklärt. STOKVIS hat 1901 zwar erklärt, dafs die hämatogene Entstehung dieser Anomalie durchaus unerwiesen sei; aber nach den neueren Arbeiten, namentlich denen von WRIGHT, hat diese Auffassung eine gute Grundlage. Als Hauptbeweis für ihre Richtigkeit wird der Umstand angeführt, dafs diese Albuminurie verschwindet nach Verabreichung von Calciumsalzen, die bekanntlich die Eigenschaft haben, die Gerinnungsfähigkeit des Blutes zu steigern. H. F. hat bei einer Serie von 16 Fällen von Albuminurie Calciumlaktat gegeben, wobei durchschnittlich zweimal je 0,9 verabreicht wurden. Bei sieben Patienten verschwand das Eiweifs gänzlich oder fast gänzlich. Hier lag, wie bestimmt anzunehmen ist, hämatogener Ursprung vor. Von den restierenden neun Fällen boten sechs oder sieben nachweislich renale Störungen dar, und bei den übrigen hält Verfasser eine weitere Beobachtung für nötig. Es wird darauf hingewiesen, dafs diese Fälle oft von Lebensversicherungsgesellschaften unnötigerweise zurückgewiesen werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Albuminurie infolge Erkrankung von Prostata und Samenbläschen, Bericht über zwei Fälle, von WILLIAM GLENN YOUNG-Washington. (*New York med. Journ.* 5. Jan. 1907.) Die hier beschriebene Form von Albuminurie kommt nach Verfassers Erfahrung, welche er durch zwei selbst beobachtete Fälle illustriert, bei Kongestion und geringgradiger Entzündung der Prostata und zwar besonders bei Leuten vor, die sehr enthaltsam in sexueller Beziehung sind oder sexuelle Erregungen ohne genügende Befriedigung haben. Obstipation ist gewöhnlich in diesen Fällen und vielleicht mit eine Ursache der Prostata- und Samenblasenreizung. Bei der mikroskopischen Untersuchung des Urins findet man keinen Eiter oder Blut (als Zeichen einer Nierenerkrankung), aber einige wenige Leukocyten, Epithelien (von der Prostata) und wenige oder viele Spermatozoen. In ganz zweifelhaften Fällen empfiehlt Y. die Ureterenkatheterisation, wenn Blasenspülung und Kathetereinführung nicht genügend waren. Die Frage nach der genauen Quelle des Eiweifses — ob vom Samen oder der durch Übergang von Blutserum veränderten Prostataflüssigkeit oder beiden herrührend — konnte YOUNG bei den Untersuchungen seiner Fälle nicht entscheiden. Wichtig sind diese Fälle von Prostata-Albuminurie besonders bei Lebensversicherungs-Untersuchungen — in beiden Fällen Y.s waren die Untersuchten wegen der Albuminurie abgewiesen worden und es stellte sich später heraus, dafs keinerlei Nierenaffektion vorlag. *Stern-München.*

Über juvenile physiologische Albuminurie, von B. ULLMANN-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 5.) Unter 42 als gesund zu geltenden Schulmädchen fand U. 14 = $33^1/_3$% mit Albuminurie ohne sonstige Zeichen von Nephritis, viele davon in gutem Ernährungszustande und alle in subjektivem Wohlbefinden. Der Prozentsatz wäre vielleicht noch gröfser, wenn nicht einige nur einmaliger Untersuchung unterworfen gewesen wären. Im Gegensatz dazu fand U. bei mehreren tausend Personen seiner Patienten im ganzen nur fünf- bis sechsmal Albuminurie ohne Nephritis. Angesichts der Tatsache, dafs diese Albuminurie sich in so grofsem Verhältnis und

bei allen Konstitutionen an jugendlichen Personen findet, hält U. eine Abtrennung verschiedener Formen nicht für geboten. Er bezeichnet diese Form als juvenile physiologische Albuminurie. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Diät bei Albuminurie, von Heinrich Stern-New York. (*Journ. americ. med. assoc.* 17. Nov. 1906.) Bericht über Untersuchungen der Wirkung bestimmter Ernährungsweisen auf die Eiweifsabsonderung bei verschiedenen Krankheiten. Ausschliefsliche Milchdiät und Bettruhe zwei Wochen hindurch bewirken meist Abnahme der Albuminurie. Ebenso lange Milchdiät mit mäfsiger Körpergymnastik ruft nur in wenigen Fällen Verminderung der Albuminurie hervor. Die Verwendung von Kohlehydraten und Fett hat keinen wesentlichen Einflufs auf die Albuminurie. Die Zufuhr von Wasser selbst über 3500 ccm bewirkt keine Vermehrung des Albumen. Die Aufnahme von täglich 35 ccm Wasser auf ein Kilo Körpergewicht vermehrt den Eiweifsgehalt des Urins vorübergehend. *Schourp-Danzig.*

Beobachtungen über die orthostatische Albuminurie, von M. Abelmann-St. Petersburg. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 36.) A. teilt einen Fall von orthostatischer Albuminurie mit, welche er bei einem 14jährigen, sonst gesunden Mädchen beobachten konnte. Der Urin war bei horizontaler Lage der Patientin völlig frei von Eiweifs und Formelementen. Die Eiweifsausscheidung trat einzig und allein eine Stunde nach dem Übergang aus der horizontalen in die vertikale Lage in verschieden starker Menge ein. Was die Ursache dieser zyklischen Albuminurie anbelangt, so kommt hier eine Wachstumsinsuffizienz des Herzens nicht in Frage; es kann sich nur um eine abnorme Labilität des vasomotorischen Nervensystems handeln, was sich auch durch eine stark ausgeprägte Dermographie kennzeichnet. Dafs durch eine abnorme Innervation des Gefäfssystems plötzliche Zirkulationsstörungen in den Nieren und Eiweifsausscheidungen stattfinden können, beweisen die Albuminurien bei gesunden Personen unter dem Einflufs psychischer Affekte. *Putzler-Danzig.*

Ein Fall von orthostatischer Albuminurie, von Anton Zickelbach-Budapest. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 42.) Z. konnte einen Fall von orthostatischer Albuminurie bei einem 22jährigen Patienten beobachten, der sonst gesund erschien. Der Eiweifsgehalt 0,5 ‰. Durchschnittliche Urinmenge 1500 ccm, spezifisches Gewicht 1017—1019, Cylinder oder Nierensubstanzen nicht nachweisbar. Blutdruck beim Stehen beständig erhöht. Pulszahl schwankend zwischen 58—88, steigerte sich stets beim Stehen. Spezifisches Gewicht des Blutes 1070, Hämoglobingehalt 90 %, 5800000 rote und 5300 weifse Blutkörperchen in 1 ccm. Prognose quoad vitam et restitutionem gut. Therapie: Fernhaltung aller Schädlichkeiten, Diät, warme Bäder, Aufenthalt in höheren Gegenden. Ätiologie der Erkrankung bisher dunkel, vielleicht spielt die hereditäre, neuropathologische Belastung eine grofse Rolle. *Putzler-Danzig.*

Zur Kenntnis der orthotischen Albuminurie, von O. Heubner. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 1.) Die echte orthotische Albuminurie stellt eine feste klinische Einheit dar, die auf einer konstitutionellen Anomalie begründet ist. Heubner konnte als der erste die Nieren eines Orthotikers anatomisch untersuchen. Dieselben boten makroskopisch und mikroskopisch ein fast normales Verhalten. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Fall von intermittierender orthostatischer Albuminurie während des Malariaanfalles, von F. Bruas-Bac Kian. (*Internat. medic. Rev.* 1907. Nr. 1.) Bei einem 25jährigen neurasthenischen Mann wurde zu drei verschiedenen Malen zugleich mit dem Malariaanfall eine orthostatische Albuminurie beobachtet, welche im normalen Zustande nicht festzustellen war. Die Frage, ob die Malaria die veranlassende Ursache ist oder nur die Gelegenheitsursache darstellt, welche die schon früher bei dem Patienten bestehende Albuminurie wieder aufflackern läfst, bleibt unbeantwortet. *Schourp-Danzig.*

Über orthotische Albuminurie, von A. Baginski. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 6.) Im Anschlusse an einen von Heubner beschriebenen Fall macht B. darauf aufmerksam, daſs das Auftreten des Eiweiſsgehaltes des Urins mit dem Auftreten schwerer auf einen Hirntumor hinweisenden cerebralen Symptome, Erbrechen und heftigem Kopfschmerz zusammenfiel. Schon Claude Bernard zeigte, daſs man neben dem am Boden des vierten Ventrikels vorhandenen Punkt, von welchem aus man künstlichen, vorübergehenden Diabetes zu erzeugen vermöge, einen zweiten finde, der Albuminurie auslöst. Es kann bei einem mit groſsem Tumor des Kleinhirns und Hydrocephalus behafteten Kinde, wie beim Heubnerschen Falle, lediglich durch den Druck des Tumors auf den Boden des vierten Ventrikels vorübergehende Albuminurie entstehen, und es wird verständlich, daſs die Positionsveränderung die Ausscheidung von Eiweiſs beeinfluſst. Daher dies in die Erscheinungtreten orthotischer Albuminurie regelmäſsig mit Abänderung der Stellung von der liegenden zur aufrechten. Somit handelte es sich im Heubnerschen Falle um eine echte cerebrale Claude Bernardsche Albuminurie, die Nieren mögen krank oder gesund gewesen sein.

Bernhard Schulze-Kiel.

Eine Methode, den Eiweiſsgehalt eines Harnes mit hinreichender Genauigkeit für klinische Zwecke in einer Stunde zu bestimmen, von Georg Buchner-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 24.) Wenn man filtrierten eiweiſshaltigen Harn zum Kochen erhitzt und dann einige Tropfen Salpetersäure und gesättigte Kochsalzlösung zugieſst, so setzt sich das koagulierte Eiweiſs in einer Stunde so dicht und gleichmäſsig ab, daſs sich darauf eine quantitative Bestimmung gründen läſst. Diese Tatsache benutzte B. zur Herstellung eines neuen Albuminimeters, der von den „Vereinigten Fabriken für Laboratoriumsbedarf" in Berlin in den Handel gebracht wird. Der Apparat ergibt wesentlich genauere Resultate als der Esbachsche; er ist für klinische Zwecke sehr geeignet. *Götz-München.*

Über eine Fehlerquelle bei der Ferrocyankaliumprobe als Eiweiſsreaktion, von Hugo Schmiedl-Marienbad. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 8.) Im Gegensatz zu den Untersuchungen von Kaninchenharn, die bei der Ferrocyankaliumprobe konstant positive Eiweiſsreaktion gaben, ergab die Untersuchung des frisch katheterisierten Harns konstant negative Ferrocyankaliumreaktion. Es geht daraus hervor, daſs die Ferrocyankaliumreaktion durch eine auſserhalb des Körpers zum Harn hinzugetretene Substanz bedingt war. Die Tiere befanden sich in Drahtnetzkäfigen auf verzinkten Eisenblechtassen. Es befand sich daher im Harn Zinksalz, welches die positive Reaktion bewirkte. Auch bei Menschenharn erprobte Verfasser die gewonnenen Erfahrungen, indem er eiweiſsfreie Harne, angesäuert oder mit Alkali versetzt, auf dieselben Tassen ausgoſs und zwölf Stunden stehen lieſs. Die Harne zeigten dann konstant eine sehr starke Ferrocyankaliumreaktion, alle anderen Eiweiſsreaktionen waren selbstverständlich negativ. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Eine Vereinfachung der Hellerschen Ringprobe, von Fritz Sachs-Charlottenburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 2.) Die Probe wird auf einem Objektträger ausgeführt, der auf dunklem Untergrund liegt. Ein Tropfen Harn wird neben einem Tropfen Salpetersäure plaziert. An der Berührungsfläche entsteht auch bei Spuren von Eiweiſs ein blauer bis blau-grauer Schleier von ausgefälltem Eiweiſs.

Carl Schramm-Dortmund.

Notiz über die Vereinfachung der Hellerschen Ringprobe, von H. Senator-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 24. Jan. 1907.) S. weist darauf hin, daſs eine vorsichtige Schichtung von Salpetersäure und Urin bei dieser Probe durchaus nötig ist, um Täuschungen zu vermeiden. Charakteristisch für Eiweiſs ist die Entstehung der

Trübung an der Berührungsstelle von Urin und HNO_3, während die im Urin selbst etwa auftretenden Trübungen auf Urate zurückzuführen sind.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Kasuistik der Bakteriurie, von F. Kornfeld - Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 30.) Verfasser berichtet über zwei Fälle reiner Bakteriurie. Der erste 25 Jahre alte Kranke mit einer Retention von 700 ccm hatte eine Koliurie seit 4½ Jahren. Er war innerlich mit Harndesinficientien und lokal mit Argentumspülungen behandelt worden, ohne Erfolg. Heilung trat durch Lokalbehandlung mit Hydr. oxycyanat. ein. Erfolg hat K. auch von Sublimatinstillationen gesehen, während alle weiteren Spülmittel ohne jeden Einfluſs blieben. Ein zweiter Fall betrifft ein 14jähriges Mädchen, bei dem die Bakteriurie unter dem Bild einer Septicaemie infolge Vernachlässigung der Stuhlentleerung auftrat. K. glaubt hier an eine hämatogene Infektion. Heilung durch interne Mittel, besonders Hetralin.

Carl Schramm-Dortmund.

Zur Kenntnis der Chylurie, von E. Salkowski-Berlin. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 2.) Im Mai 1905 kam in der Lesserschen Poliklinik ein sehr bemerkenswerter Fall von transitorischer Chylurie zur Beobachtung. Der Urin wurde dabei oft von Salkowski untersucht, er sah stets wie dünne Milch aus und enthielt stets Fett, Eiweiſs. Die Untersuchung des später entleerten klaren Urins ergab keine Spur von Fett mehr, auch kein Eiweiſs oder sonstige Abnormitäten. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Hämolyse bei Nephritis, von Eugene J. Leopold - Baltimore. (*Zeitschr. f. klin. Med.* 60. Bd. 5. u. 6. Heft.) Menschlicher Harn wurde mit menschlichem Blut zusammengebracht, um zu sehen, ob Hämolyse in Wirklichkeit durch den Harn hervorgerufen werden konnte, und ob zwischen dem Urin von Nichtnephritikern und Nephritikern ein Unterschied besteht. Aus den Untersuchungen geht hervor:

1. Der Urin der chronischen Nephritiden wie der von Nierengesunden erzeugt Hämolyse; doch hat der Urin der letzteren die stärkere hämolytische Wirkung.

2. Der Urin der künstlichen, durch Uran bezw. Kantharidin erzeugten akuten Nephritis erzeugt starke Hämolyse, während normaler Kaninchenharn unter gleicher Versuchsbedingung nur schwach hämolytisch wirkt.

3. Auch Ascitesflüssigkeit gibt Hämolyse, doch scheint sie schwächer zu sein wie die Hämolyse des Urins. *Schourp-Danzig.*

Die Semiologie des Blutharnens, von F. Cathelin. (*Ann. de la policl. centr.* 1906. Nr. 8.) Verfasser bespricht der Reihe nach die Semiologie, 1. der urethralen und prostatischen Hämaturie, 2. der vesikalen Hämaturie (mit oder ohne Cystitis), 3. der reno-ureteralen Hämaturie und 4. des Blutharnens, das ohne lokal-organische Veränderungen zustande kommt („nervöse", medikamentöse, parasitäre Hämaturien.) Bei der Besprechung der renalen Hämaturien macht Verfasser an der Hand zwei interessanter Krankheitsgeschichten auf die diagnostische Bedeutung der Methode der Harnseparation aufmerksam. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Haematuria endemica, von P. G. Stock-Johannesburg. (*Lancet.* 29. Sept. 1906.) Verfasser hatte als Militärarzt Gelegenheit, diese Affektion bei 65 Soldaten in Südafrika im Jahre 1902 zu beobachten. Von diesen entfielen 43 auf ein in Prätoria stationiertes Regiment, und für sie glaubt S. mit Bestimmtheit die Ursache darin gefunden zu haben, daſs die Betreffenden in einem bestimmten Gewässer gebadet oder davon getrunken hatten. Jedenfalls muſs der Parasit per os aufgenommen worden sein. In therapeutischer Beziehung hat Verfasser Versuche mit Wrightschem Typhusantitoxin gemacht, von der Beobachtung ausgehend, daſs die Parasiten gewöhnlich absterben, wenn der Patient noch irgendeine akute fieberhafte Krankheit akquiriert. Die Resultate stehen noch aus. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Hämaturie der Phthisiker, von FRIEDRICH TEICHMANN. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1906.) Auf Grund eigener Untersuchungsergebnisse und der einschlägigen Literaturangaben kommt Verfasser zu folgenden Schlufssätzen:

Sekundäre Nierenläsionen bei Phthisikern finden sich in etwa 30—40% aller Fälle.

Dieselben sind nur zum Teil lokale Tuberkulosen, zum Teil sind es Degenerations- und Entzündungsprozesse auf toxischer Basis.

Die Nierenaffektionen der Phthisiker disponieren besonders zur Hämaturie, die in Grenzen zwischen minimalen, nur mikroskopisch nachweisbaren Beimengungen bis zu starken Blutungen auftreten kann.

Es dürfte ratsam sein, auf die Häufigkeit der Nierenaffektionen bei der diätetischen Behandlung der Phthisiker gröfseres Gewicht zu legen, als dies bisher der Fall zu sein scheint. *Fritz Loeb-München.*

Malariahämoglobinurie, von WALTER V. BREM-ANCON. (*Journ. amer. med. assoc.* Februar 1906. Nr. 23 u. 24.) Die Annahme, dafs der Aestivoautumnalparasit der Erreger der Krankheit ist, hat die höchste Wahrscheinlichkeit für sich. Vorausgegangene Malariaerkrankungen scheinen eine Disposition zu verschaffen. Chinin ist weder ein ätiologischer noch prädisponierender Faktor. Die Sterblichkeit betrug 14,8%. Intramuskuläre Injektionen von Chinin wirken spezifisch, am besten in der Verordnung von 0,6 g alle 4 Stunden hindurch während der ersten 48 Stunden. Danach empfiehlt der Verfasser, kleinere Dosen Chinin innerlich zu geben.

Schourp-Danzig.

Ein klinischer Bericht über einige Fälle von Hämaturie, von WILLIAM E. LOWEN. (*Cleveland med. Journ.* Februar 1907.) L. hat 87 Patienten wegen blutigen Harns untersucht und in nur wenigen dieser Fälle konnte von den früheren Ärzten aus den klinischen Zeichen die genaue Quelle der Blutung festgestellt werden. Mittels Cystoskop und Urethralkatheter und bei Fällen, wo es auch damit nicht möglich war, mittels Röntgenstrahlen zur Bestimmung eines Nierensteines gelang L. fast immer diese Feststellung. Neben Papillomen und Cystitis (je elf Fälle) stellte Prostatahypertrophie eine auffallend hohe Anzahl — sieben Fälle, Nierenstein zehn mit Blutungen, Blasenstein sechs usw. Dem Alter nach zählte der Älteste der Patienten 76, der Jüngste 15 Jahre; in einem der Fälle datierte die Blutung bereits 16 Jahre zurück. Von den 87 Fällen wurden 46 = 53% operiert, 8 = etwas weniger wie 10% waren inoperabel; 22 = 25,2% wurden medikamentös behandelt — aufser den elf Fällen von Cystitis zwei von Blasengeschwür, zwei von Nierenverletzung, ein bei Schwangerschaft und ein nach Typhus. In 85—90% dieser Fälle von Hämaturie waren ernste pathologische Veränderungen als Ursache derselben und Behandlung erfordernd vorhanden. Übrigens kommt L. zu dem Schlusse, dafs Hämaturie in der Mehrzahl der Fälle keinerlei physikalische Zeichen, welche zur genauen Diagnose führen könnten, hat und dafs die oben genannten drei Mittel (Beleuchtung der Blase, Ureterenkatheterisation und bei zweifelhaften „Nierenfällen“ Anwendung der X-Strahlen) hierzu erforderlich sind. *Stern-München.*

Beitrag zur Kenntnis der Hyperchlorurie bei Tuberkulose der Harnwege, von L. J. M. BIGNON. (*Thèse de Bordeaux.* 1905. Nr. 72.) Die 162 Seiten umfassende Arbeit läfst sich nicht kurz referieren. *Fritz Loeb-München.*

Pentosurie, chronische und alimentäre, von R. W. JOHNSTONE - Edinbourg. (*Edinbrg. med. Journ.* August 1906.) Sowohl vom wissenschaftlichen Standpunkt aus, wie im Zusammenhang mit ärztlichen Untersuchungen für Lebensversicherung verdiente die Pentosurie mehr Aufmerksamkeit, als ihr bisher zuteil wurde. Pentose ist ein Kohlehydrat mit der Formel $C_5H_{10}O_5$, es kommt in der Natur nicht frei vor,

aber das Anhydrid, Pentosane, findet man in Früchten, speziell in Kirschen, Äpfeln, Birnen, Pflaumen und in geringem Grade in allen Vegetabilien. Pentose wird hauptsächlich durch zwei Reaktionen: die TOLLENSsche (Phloroglucinsalzsäure) und die Orcinsalzsäureprobe und die spektroskopische Untersuchung nachgewiesen. Die Hauptfrage, welche bei positivem Pentosebefund im Urin sich erhebt, ist, woher diese abnorme Zuckerbildung abzuleiten ist, aus dem Organismus selbst oder der Nahrung? Abgesehen von den Fällen, wo direkt durch die Art derselben Pentose eingeführt wird, hält es J. auch bei der eigentlichen Pentosurie für wahrscheinlich, dafs nicht abnorme Zersetzungsvorgänge (der Nukleoproteide), sondern die Ernährung die Hauptursache bildet. Die Symptomatologie der Pentosurie ist eine nicht sehr ausgesprochene, ein oder zwei Erscheinungen sind jedoch den meisten Fällen gemeinsam, nämlich eine gewisse neuropathische Disposition, die sich in hartnäckiger Neuralgie, allgemeiner Nervenschwäche, grofser Magerkeit und Blässe äufsert und die Pentosurie zuweilen zu einer „familiären" Erkrankung erblichen Charakters stempelt. In keinem der beobachteten Fälle war ausgesprochene Polyurie oder excessives Durstgefühl vorhanden. Die Prognose scheint im allgemeinen eine gute zu sein, ein mit Pentosurie Behafteter keine erhöhte Disposition zu Diabetes oder Infektions- und anderen Krankheiten, wie der Diabetiker, zu haben. Bezüglich der Behandlung ist das Schlimmste die gegen Diabetes übliche; mäfsige Milchdiät, mäfsige Mengen von Kohlehydraten das Beste. Was die alimentäre Pentosurie betrifft, so findet man sie am häufigsten zu Sommerzeiten, wenn grofse Mengen Früchte und Vegetabilien gegessen und Fruchtsäfte und Bier getrunken werden: Prof. v. JAKSCH war der erste, welcher zeigte, dafs nach dem Genufs von 1—1½ l solchen Saftes stets Pentose im Urin erschien und wenigstens 24 Stunden anhielt. JOHNSTONE machte eine Anzahl Versuche über die geringste Menge von Apfelsaft, welche noch Pentosurie hervorrief (¼—½ l), die Zeit des Auftretens derselben, deren Dauer und die Einwirkung von Morphium auf dieselbe, wobei die interessante Tatsache sich ergab, dafs bei Anwesenheit von Morphium im Körper leichter und mehr Pentose im Urin ausgeschieden wird. Wie erwähnt, ist die Pentosurie besonders wichtig bei Untersuchung auf Lebensversicherung, und mufs bei Zweifeln stets die Fermentationsprobe gemacht werden; eine höhere Prämie hält J. bei Pentosurie im allgemeinen nicht für berechtigt, es könnte dies aber bei schwereren Erscheinungen in Betracht kommen.

Stern-München.

Zur Frage der Glykosurie bei Quecksilberkuren, von O. MENDELSSON-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 35.) Verfasser prüfte an dem Material des Berliner Asyls für Obdachlose die Frage, ob im Verlauf von Hg-Kuren Diabetes auftreten könne. Nachdem eine grofse Anzahl von Untersuchungen ausnahmslos negativ ausgefallen war, stand er von weiteren Versuchen ab. Er rät, während der Hg-Kuren die Eiweifsproben stets zu machen, dagegen habe die Untersuchung auf Zucker praktisch keinen Wert. *Carl Schramm-Dortmund.*

Über Pentosurie, von FRITZ ROSENFELD-Stuttgart. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 40.) An der Hand zwei eigener Fälte von Pentosurie (im ersten Fall war im Harne die aktive, im zweiten die inaktive Form der Pentosen nachweisbar) bespricht Verfasser die Wichtigkeit der Unterscheidung der Pentosurie von Diabetes mellitus (Gärungsproben!). Die Pentosurie ist keine Krankheit, sondern nur Stoffwechselanomalie; die Pentosuriker dürfen nicht als Diabetiker behandelt werden.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über Laevulosurie und über den Nachweis der Laevulose im Harn, von A. JOLLES-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1906. Nr. 45.) J. gibt erst eine Kritik der verschiedenen Methoden der quantitativen Zuckerbestimmung im Harn, besonders bei

gleichzeitiger Anwesenheit von Dextrose und Laevulose. Er glaubt dem Nachweis der Laevulose eine gröfsere Wichtigkeit beimessen zu müssen, da in neuerer Zeit von verschiedenen Seiten auf das Auftreten von Laevulose im Harn bei Leberkrankheiten hingewiesen wurde. Im zweiten Teil der Arbeit beschreibt er die verschiedenen Methoden zum Nachweis (qualitativ und quantitativ) der Laevulose im Harn.

Carl Schramm-Dortmund.

Über Abkühlungsglykosurie, von Karl Glaessner-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 30.) Gl. berichtet über vier von neun Fällen, welche eine hochgradige Abkühlung im Wasser, beim Versuch sich zu ertränken, erlitten hatten und darauf mit einer Glykosurie reagierten. Mit der Glykosurie parallel ging eine Milchsäureausscheidung, wie sie von Araki an Tieren festgestellt worden war. Gl. nimmt an, dafs bei der Abkühlungsglykosurie abnorm gesteigerte Muskeltätigkeit und Sauerstoffmangel ätiologisch eine Rolle spielen. Da überall, wo Milchsäure und Zucker im Harn auftreten, der Glykogengehalt der Leber und Muskeln schwindet, da ferner bei mangelnder Sauerstoffzufuhr die Oxydation des Zuckers nur bis zur Milchsäurebildung fortschreitet, so könnte die Muskelanstrengung für den starken Glykogenzerfall, der Sauerstoffmangel für die mangelnde Oxydation des aus dem zerfallenden Glykogen entstehenden Zuckers verantwortlich gemacht werden und so das beobachtete Syndrom zu erklären sein. Praktisch hat dieser Befund folgende Bedeutung: Da weder beim Diabetes mellitus noch bei der alimentären Glykosurie eine Milchsäureausscheidung stattfindet, so wäre diese in Verbindung mit der transitorischen Glykosurie für Zustände charakteristisch, welche die Oxydationen des menschlichen Körpers plötzlich herabsetzen; dahin gehören eine Reihe von Vergiftungen, auch die hochgradige Abkühlung. Forensisch ist es wichtig, durch den Nachweis von Zucker und Milchsäure zu entscheiden, ob jemand den Tod durch Ertrinken gefunden oder sein Leichnam post mortem ins Wasser geraten ist. *Putzler-Danzig.*

Weitere Beobachtungen über experimentelle Glykosurie, von J. R. Macleod und C. E. Briggs. (*Cleveland med. Journ.* Febr. 1907.) Die allgemeine Annahme, dafs die abnorme Umwandlung von Glykogen in Dextrose in der Leber auf Reizung der Nervi efferentes, welche vom sogenannten Diabeteszentrum in der Medulla ausgeht, zurückzuführen, hält zwar Briggs für richtig, den Beweis aber, dafs solche efferierende Fasern in den Nervensträngen vorhanden sind, als bisher noch nicht erbracht, und er nahm daher diesbezügliche weitere Versuche vor. Der Weg dieser Fasern mufs der obere Teil des Halsmarkes und dann der Sympathicus und Splanchnicus zur Leber sein; B. nahm an verschiedenen Stellen dieses Verlaufs Reizung vor und bestimmte dann den Prozentsatz des Blutes an reduzierender Substanz (Dextrose), Es zeigte sich, dafs nur bei jenen Versuchen, wo Dyspnoe sich einstellte, auch vermehrte Zuckerbildung vorhanden war; B. hält es daher für sehr wahrscheinlich, dafs bei vielen Substanzen, wie Curare, Strychnin, Salinis, ihre Glykosurie erzeugende Wirkung durch die primäre Dyspnoe hervorgerufen wird. *Stern-München.*

Zur Frage der Glykosurie bei Quecksilberkuren, von Otto Mendelsson. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 35.) Verfasser hat auf der Station für Haut- und Geschlechtskrankheiten im städtischen Obdach in Berlin an der Hand zahlreicher Untersuchungen festzustellen versucht, ob Glykosurie bei therapeutischen Quecksilbergaben nur ganz vereinzelt vorkommt oder doch häufig genug, um praktische Bedeutung zu besitzen. In den zahlreichen von ihm untersuchten Fällen, die zum grofsen Teil eine gründliche und vielfach sogar eine sehr ausgiebige Quecksilberkur durchgemacht haben, hat Verfasser nicht ein einziges Mal eine deutliche Glykosurie beobachtet; er hält es daher im allgemeinen für überflüssig, den Harn der mit Quecksilberkuren behandelten Patienten auf Zucker zu untersuchen. — In zwei Fällen (von drei), in denen

Verfasser die Patienten mit nukleinsaurem Quecksilber behandelte, hat er im Harne Eiweiſs gefunden; da FAUCONNET nach Darreichung derselben Präparate Zuckerausscheidung im Urin beobachtete, liegt der Gedanke nahe, daſs hier die Albuminurie und die Glykosurie in gleicher Weise zu deuten sind, nämlich als Produkt einer Nierenschädigung infolge medikamentöser Anwendung eines besonders toxischen Quecksilberpräparates. — Entgegen der Behauptung mancher Autoren, daſs im Verlaufe der sekundären und tertiären Syphilis eine Glykosurie von meist nur kurzer Dauer vorkommt, hat Verfasser bei seinen systematischen Untersuchungen keine transitorische Glykosurie beobachtet. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Glykosurie nach Frakturen, von GEORG ERNST KOUJETZNY. (Inaug.-Dissert. Breslau 1906.) *Fritz Loeb-München.*

Über Gylkosurie bei Graviden, von J. HYNITZSCH. (Inaug.-Dissert. Halle 1906.) *Fritz Loeb-München.*

Über den Einfluſs der Muskeltätigkeit und des Opiums auf die Zuckerausscheidung bei Phloridzinglykosurie (mit Versuchen am eigenen Körper), von FRIEDRICH KALMUS. (Inaug.-Dissert. Halle 1906.) *Fritz Loeb-München.*

Über Glykosurie bei Erkrankungen des Zentralnervensystems, von HEINRICH OHNACKER. (Inaug.-Dissert. Kiel 1905.) *Fritz Loeb-München.*

Über den Wert der Phloridzinprobe, von L. DETRE - Budapest. (*Budapesti Orv. Ujs.* Urolog. Beil. 1906. Nr. 4.) Die lebenden Leukocyten besitzen die Fähigkeit, eine relativ groſse Menge Zucker zu binden. Die Bindung des Zuckers geschieht selbst im Reagensglas bei Zimmertemperatur sehr rasch, so daſs es wahrscheinlich ist, daſs dieser Prozeſs bei günstigen Verhältnissen im Körper noch intensiver verläuft, und zwar, wenn — durch Phloridzinverabreichung ausgeschieden — Zucker in den Nierenkelchen mit Leukocyten zusammentrifft. Bei stark eiternden Pyelitiden kann selbst bei normaler Nierenfunktion die Phloridzinprobe negativ ausfallen. Die Probe ist unzuverlässig und ist aus der Reihe der funktionellen Urinproben zu streichen. *B. Kollarits-Budapest.*

f. *Labien, Vagina usw.*

Heterotypischer Pseudohermaphroditismus femininus externus, von ARNOLD HEYMANN - Düsseldorf. (*Wien. klin. Rundsch.* 1906. Nr. 29.) Der von HEYMANN beobachtete Fall von Hermaphroditismus steht den Fällen von VERSEN und CLARKE einzigartig gegenüber. Der Genitalbefund des 17jährigen, grazil gebauten Gymnasiasten, dessen Mammillae mittelgroſs und erektil sind, ist folgender: Ein penisartiger Körper von etwa 2,5 cm Länge, nach unten hakenförmig gekrümmt, trägt ein schürzenförmiges Präputium, unterhalb desselben eine Andeutung des Skrotum in Form einer prominenten, dunkler pigmentierten, runzeligen Hautstelle. Von der Penisskrotalwurzel zieht eine dunkel pigmentierte Raphe zum Anus. Der Penis trägt eine kleine, anscheinend normal gebildete Glans, an deren Spitze die Urethra ausmündet. Der linke Leistenkanal weit offen, für die Kuppe des kleinen Fingers bequem durchgängig. Das Skrotum vollständig leer, keine testikelähnlichen Körper tastbar. Ober- und Unterschenkel von femininem Charakter. Per rectum zunächst ein der rechten Beckenwand genäherter derber, etwa senkrecht zur Beckeneingangsebene stehender Körper von Gröſse und Form eines Uterus fühlbar. Rechts hinter demselben, tief unten ein etwa mandelgroſser, derber, querliegender Tumor (Ovar?). Links, etwa an der Grenze zwischen Cervix und Corpus uteri, spitzwinkelig nach oben ein weich elastischer, walzenförmiger, glatter, fingerdicker Körper von ca. 4—5 cm Länge. Vom Uterus zieht gegen den Arcus pubis ein etwa bleistiftdicker, plattrundlicher Strang; der als Uterus gedeutete Körper steht senkrecht zum letzterwähnten, als Vagina zu

deutenden Strange. Links ist kein dem Ovarium entsprechender Körper zu tasten. Die Harnröhre läſst sowohl eine weiche wie eine starre Sonde passieren. Prostata nicht fühlbar. Seit etwa zwei Jahren regelmäſsig alle vier Wochen auftretende, fünf Tage dauernde Blutungen aus der Harnröhre. Um die menstruellen Beschwerden auszuschalten, Laparotomie und Exstirpation der Ovarien. Heilung. Die Zeit der nächsten Menstruation verlief ohne Blutung aus der Urethra, doch ist sie durch Kopfschmerzen und Nasenbluten, das einen Vormittag anhält, ausgezeichnet.

Putzler-Danzig.

Experimentelle Untersuchungen über den Infektionsweg bei der Genitaltuberkulose des Weibes, von Ph. Jung und A. Bennecke. (*Arch f. Gynäkologie.* 80. Bd. 1. Heft.) Die Verfasser beobachteten bei an 82 Kaninchen angestellten Versuchen zwölfmal eine aufsteigende Richtung der tuberkulösen Infektion und haben damit experimentell den Nachweis geführt, daſs bei weiblichen Tieren der in die Genitalien eingebrachte Tuberkelbacillus spontan in die höher gelegenen Abschnitte des Genitaltraktus hinaufsteigt und hier tuberkulöse Veränderungen hervorruft.

Um hieraus Schlüsse auf den Menschen zu ziehen, dürfte vor allem nachzuweisen sein, inwieweit auch bei sonst gesunden Personen die Tuberkelbazillen in der Scheide regelmäſsig vorhanden sind und also eine Gelegenheit zur ascendierenden Infektion fortdauernd gegeben ist. *Schourp-Danzig.*

Beitrag zur Kenntnis der weiblichen Genitaltuberkulose, von Fritz Facilides. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1906.) *Fritz Loeb-München.*

Beiträge zur Kenntnis der Nervenausbreitung in Clitoris und Vagina, von Fritz Worthmann. (Inaug.-Dissert. Breslau 1906.) Auf Grund seiner histologischen Untersuchungen verlegt Verfasser den Sitz des Geschlechtsgefühls in die Glans clitoridis.

Fritz Loeb-München.

Über primäre maligne Geschwülste der Clitoris, von René Bordères. (*Thèse de Montpellier.* 1905. Nr. 62.) *Fritz Loeb-München.*

Über maligne Tumoren der Vulva und Vagina bei Kindern, von Jean Peyrache. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 466.) *Fritz Loeb-München.*

Über das primäre Chorioepitheliom der Vagina, von Jaques Duplay. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 153.) *Fritz Loeb-München.*

Über kongenitale Imperforation der Vagina, von Marchat. (*Thèse de Montpellier.* 1905. Nr. 14.) *Fritz Loeb-München.*

Zur Ätiologie des Granuloma pudendi, von K. S. Wise - British Guiana. (*Brit. med. Journ.* 2. Juni 1906.) Unter dem Namen Granuloma pudendi ist eine in den Tropen, namentlich auch in British Guiana relativ häufige Affektion bekannt, die vorwiegend bei Negerinnen vorkommt. Von einigen Beobachtern wird die Affektion als eine Form von Syphilis angesehen, doch sind diese in der Minorität. Verfasser berichtet über drei operativ behandelte Fälle, bei denen er Spirochäten gefunden hat, teils vom Typus der Refringens, teils der Pallida. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Kraurosis vulvae, von Oskar von Linck. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1906.) Nach einem geschichtlichen Überblick bespricht Verfasser die Symptomatologie, Ätiologie und Pathogenese, pathologische Anatomie, Diagnose, Prognose, Komplikationen, Verlauf, Behandlung der Kraurosis vulvae und kommt zu folgender Schluſsfolgerung:

1. Die Kraurosis vulvae äuſsert sich klinisch in einer Atrophie mit Schrumpfung der äuſseren Genitalien, verbunden mit Vestibularstenose und Rigidität des Gewebes. Anatomisch äuſsert sie sich in einer Hyperkeratose der Hornschicht und in einer Hyperthrophie der Bindegewebsschicht, die später in Atrophie übergeht.

2. Die Erkrankung ist verhältnismäſsig selten.

3. Der Krankheitsprozeſs beschränkt sich auf die Vulva.

4. Die Ätiologie ist noch nicht aufgeklärt.

5. Ob sie als Gefäßerkrankung oder als Endstadium eines vorausgegangenen Prozesses anzusehen ist, müssen weitere, hauptsächlich histologische Untersuchungen ergeben.

6. Wenn auch klinisch die meisten Beobachtungen das von Breisky festgelegte Bild der Kraurosis mit mehr oder minder geringen Abweichungen darbieten, so darf man doch nicht außer acht lassen, daß unter dem Sammelnamen „Kraurosis" manches geht, was am besten auszuschalten und in eine andere Krankheitsgruppe einzureihen wäre.

Es folgen nun auf Seite 42—130 86 Krankengeschichten, davon eine eigene Beobachtung.

Ein Literaturverzeichnis von fünf Seiten Umfang erhöht den wissenschaftlichen Wert der fleißigen Arbeit. *Fritz Loeb-München.*

Kraurosis vulvae, von Léon Nonique. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 526.) *Fritz Loeb-München.*

Kraurosis vulvae, von F. Jayle-Paris. (*Presse méd.* 1906. Nr. 75.) Der Verfasser geht von der Annahme aus, daß von Breisky unter dem Namen Kraurosis vulvae nicht die Grundkrankheit, sondern nur eine gewisse klinische Varietät derselben beschrieben worden ist, wodurch mannigfache Verwechselungen und Fehler vorkommen, die zu einem genaueren Studium der Frage auffordern. Eine häufige Fehlerquelle ist das Verwechseln der Kraurosis mit Leukoplasie, deren sich zahlreiche Autoren sowohl in Deutschland, als auch in Frankreich schuldig gemacht haben. In Anbetracht dieser Umstände hat J. die in Rede stehende Krankheit einem eingehenderen Studium unterworfen und ist zu folgenden Schlüssen gelangt.

Unter dem Einflusse von verschiedenen Ursachen kann der Haut- resp. Schleimhautüberzug der Vulva, hauptsächlich aber der kleinen Labien, der Clitoris und des Vulvaringes von einer retraktilen Sklerose befallen werden. Diese kann mit dem Namen Kraurosis belegt werden, welche also klinisch als eine Atrophie und Retraktion des cutano-mucösen Überzuges und histologisch als eine Sklerose des Unterhautzellgewebes mit verschiedenen Läsionen der Oberhaut charakterisiert werden muß.

Die Bezeichnung Kraurosis ist mit derjenigen von Leukoplasie nicht identisch, obwohl diese beiden Krankheiten oft zusammen vorkommen oder die eine der anderen vorangeht bezw. ihr folgt. Derart wird eine gewisse Varietät der Kraurosis gebildet, welche der Verfasser als weiße oder leukoplasische Kraurosis oder Breiskysche Kraurosis zu bezeichnen vorschlägt.

Die Kraurosis kompliziert sich oft mit entzündlichen Erscheinungen, und könnte man diese Form als rote Kraurosis bezeichnen, worunter die vaskuläre oder hyperämische Kraurosis oder Kraurosis von Lawson-Tait oder follikuläre Kraurosis zu verstehen wäre.

Die Kraurosis kommt in einem Prozentsatze, welcher noch festzustellen wäre, nach der ovarialen oder utero-ovarialen Kastration zur Beobachtung. Unter gewissen Umständen erscheint sie auch bei Frauen, die an atrophischer, skleröser Ovaritis leiden. Die Kraurosis senilis oder praesenilis scheint in Verbindung mit derartigen Eierstockerkrankungen zu stehen. Die leukoplasische Kraurosis kompliziert sich in etwa einem Zehntel der Fälle mit Carcinom, ebenso auch in gewissen Fällen die senile oder praesenile Form dieser Erkrankung, während die postoperative Kraurosis die Entwicklung von Carcinom nicht zu begünstigen scheint.

Was die Behandlung der in Rede stehenden Erkrankung anbetrifft, so ist dieselbe einerseits eine medizinische und andererseits eine chirurgische. In erster Beziehung ist hauptsächlich auf eine besondere Reinlichkeit der befallenen Gegend zu

achten. Falls es sich um Erkrankungen der Gebärmutter handelt, so müssen dieselben entsprechend behandelt werden. Falls der Harn reizend ist, so mufs eine entsprechende allgemeine Behandlung oder eine solche der Blase eingeleitet werden. Bei Kraurosis follicularis bewährt sich eine Kauterisierung aller befallener Punkte mittels einer konzentrierten Lösung von Kalium permanganicum. Bei syphilitischer Kraurosis ist vor allem eine spezifische Behandlung einzuleiten. Falls hartnäckige leukoplasische Stellen fortbestehen, so ist die gründliche chirurgische Entfernung derselben anzuempfehlen. Bei Entfernung von Teilen des Vaginalringes wären autoplastische Ausbesserungen vorzunehmen. *E. Toff-Braila.*

Über Clitoriscarcinom, von Waldemar Schleiff. (Inaug.-Dissert. Halle 1905.) Enthält nichts von Belang. *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zum Studium der epithelialen Umwandlung bei Leukoplasia vulvaris, von Joseph Simoni. (*Thèse de Montpellier*. 1905. Nr. 40.) *Fritz Loeb-München.*

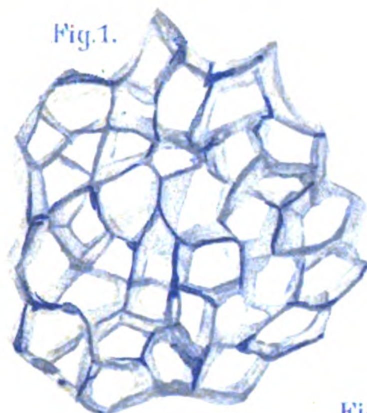
Über die Resorption von Arzneistoffen von der Vagina aus, von J. Menges. (Dissertation. Heidelberg 1905.) Separat-Abdruck aus: *Zeitschrift für experimentelle Pathologie und Therapie*. Band 2. *Fritz Loeb-München.*

Zur Frage der Scheidenspülungen, von H. Cramer. (*Zeitschr. f. Krankenpflege*. 1907. Nr. 1.) Scheidenspülungen müssen im Liegen ausgeführt werden, damit die eindringende Flüssigkeit nicht sofort wieder abfliefst, sondern das ganze Scheidenrohr entfalten und die Schleimhautfalten ausgleichen kann. Zu diesem Zwecke empfiehlt Cramer das Universalsitz- und Liegebidet der Erfurter Firma J. C. Winne. Abbildung dabei. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Verschiedenes.

Die Flaschenspritze, von Bernstein-Kassel. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1906. Nr. 51.) B. konstruierte eine Reihe von medizinischen Spritzen, die eine Kombination der Injektionsspritze z. B. für die Harnröhre, subcutane Injektion usw. mit dem Flüssigkeitsbehälter darstellt. Die Spritze hat den Vorteil grofser Sauberkeit, Vereinfachung der Prozedur, und Kompendiosität. Dabei ist es durch Anbringung von Ventilen möglich gemacht, die Injektionen ohne Absetzen der Spritze mehrfach zu wiederholen. „Den praktischen Wert der Spritzen mufs allerdings erst die Zukunft lehren.“ *Carl Schramm-Dortmund.*

Über sogenannte Knotenbildung in den Haaren, von Edmund Saalfeld-Berlin. (*Med. Klinik*. 1907. Nr. 5.) Verfasser macht auf die von Galewsky als Trichonodosis bezeichnete Haarerkrankung aufmerksam, die durch eine scheinbare Knotenbildung der Haare charakterisiert ist. Nach Untersuchung von Saalfeld erscheint es gerechtfertigt, mehr von einer Schleifen- als von einer Knotenbildung zu sprechen. Die Veränderung erscheint wohl makroskopisch als Knoten, aber mikroskopisch als Schleife. Zur Vereinfachung der Nomenklatur möchte Verfasser die bereits von Michelson eingeführte Benennung „Noduli laqueati“ (schleifenförmige Knoten), die das Bild am besten charakterisieren, beibehalten. Als Ursache der Veränderung nimmt Saalfeld mit anderen Forschern und im Gegensatz zu Galewsky rein mechanische Momente an. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*


Fig. 1.

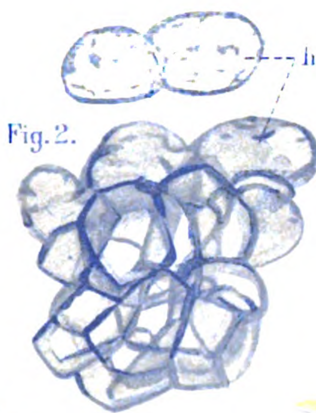


Fig. 2.

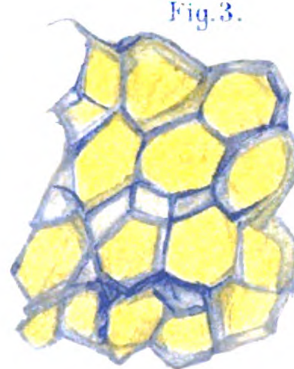
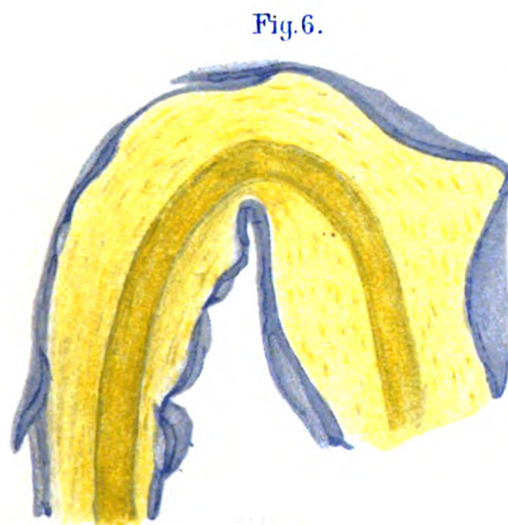

Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 5.


Fig. 6.

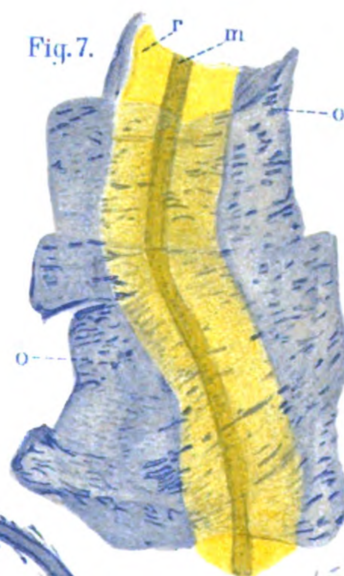


Fig. 7.

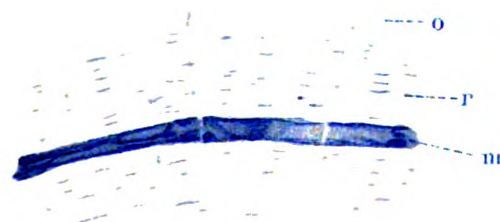


Fig. 8.



Fig. 9.

Unna

Leopold Voss

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 44. No. 10. 15. Mai 1907.

„Larva migrans“, eine Gastrophiluslarve in der Haut eines Menschen in Dänemark.

Mit Bemerkungen über andere Östridenlarven in der Haut des Menschen in Dänemark.

Von

Prof. Dr. J. E. V. Boas-Kopenhagen.

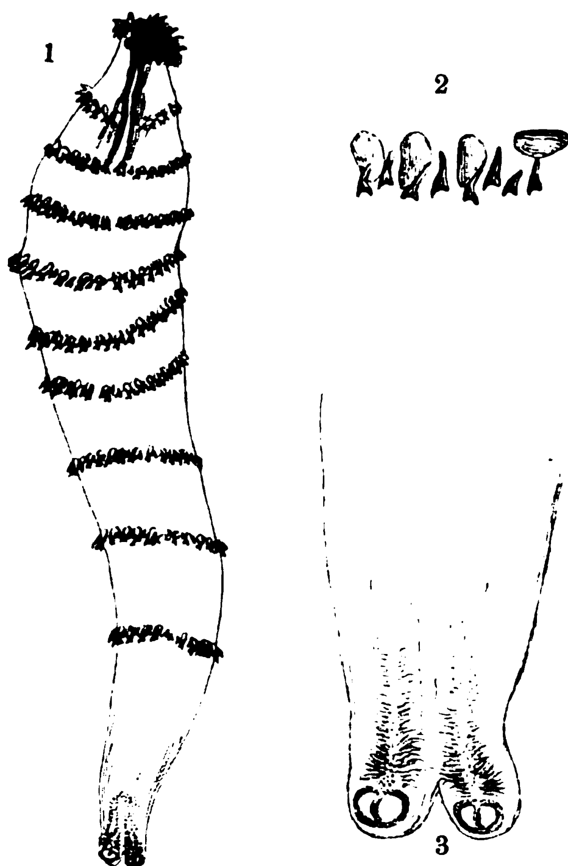
Mit fünf Abbildungen im Text.

Vor kurzem erhielt ich durch den Oberarzt an der dermatologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses („Kommunehospitalet“) Kopenhagens, Herrn Dr. med. Rasch, eine kleine Larve in Nelkenöl zwischen zwei Objektgläsern liegend, mit der Bitte, dieselbe zu bestimmen. Die Larve hatte ein praktischer Arzt, Herr Dr. Qvortrup in Rönde (Jütland), der Haut eines Patienten entnommen. Dr. Q. hat später in der dänischen „Hospitalstidende“ vom 20. Februar 1907 den Fall beschrieben; ebendaselbst habe ich die Larve behandelt. Die Hauptzüge der Krankengeschichte — welche ich hier mit gütiger Genehmigung des Herrn Qvortrups referiere — sind folgende:

An einem dreijährigen, aus anderweitigem Anlaſs untersuchten Bauernknaben fand Dr. Q. am 22. August 1906 eine kleine, mit einem Schorf bedeckte Exkoriation in der rechten Stirnregion, etwas oberhalb der Haargrenze. Von der genannten Exkoriation ausgehend entwickelte sich in den folgenden Tagen ein lebhaft roter, erhabener, stark gebuchteter, ca. 1 mm breiter Streifen, welcher am 25. August abends sich bis an die rechte Augenbraue erstreckte, wo er in einer kleinen ödematösen Intumeszenz endigte; an jeder Seite des Streifens entlang fand sich eine weiſsliche, schwach erhabene ödematöse Linie, so daſs der ganze Streifen reichlich 2 mm breit wurde. Mit einer feinen Scheere wurde der Streifen in seiner ganzen Länge bis an das Ende geöffnet und am Ende ein Wattetampon mit Chlorzinklösung angebracht. Jedoch ohne Wirkung: am folgenden Morgen hatte sich der Streifen weit über die Wange hin ausgedehnt; während der Nacht hatte sich der Streifen um ca. 8 cm verlängert. Es

gelang jetzt mittels einer Lupe am Ende des Streifens (dicht vor dem Ohr des Kindes) ein kleines, kaum 1 mm langes, am einen Ende dunkelgefärbtes, gegliedertes Körperchen zu konstatieren, welches mit einer Nadel herausgehoben wurde: eben die oben erwähnte Larve, welche mir durch Herrn Dr. RASCH übergeben wurde.

Die Larve (Fig. 1), welche eine Länge von kaum 1 mm hat, ist ziemlich schmal, am breitesten vor der Mitte, das Hinterende bedeutend verschmälert, ganz hinten gabelig. Das Tier ist mit zahlreichen schwarzen Plättchen und hakigen Dornen versehen, welche gröfstenteils in neun, den Körper umzingelnden Kränzen geordnet sind. In jedem Kranz findet sich



1. Die **Larva migrans**, etwas über 100 mal vergröfsert.
2. Stückchen eines Dornkranzes in starker Vergröfserung. Man sieht vier Plättchen (das rechte ist aus der natürlichen Stellung gebogen) und zwischen denselben die Häkchen.
3. Hinterende mit den Atemlöchern, jedes durch eine Querbrücke in zwei geteilt. Starke Vergröfserung.

zuvorderst ein Kreis schuppenförmig hervortretender, abgerundeter Plättchen und hinten zwischen denselben die doppelte Zahl kurzer Dorne oder Häkchen, zwei in jedem Zwischenraum zwischen den Plättchen; in den hintersten Kränzen fehlen jedoch einige der Häkchen, andere sind ganz klein; in den vordersten und mittleren Kränzen ist das Bild dagegen sehr regelmäfsig, was aber erst bei recht starker Vergröfserung gesehen werden kann. Aufser den genannten neun Dornkränzen findet sich ganz vorne um die Mundöffnung herum eine grofse Anzahl gröfserer und kleinerer schwarzer, etwas gebogener Dornen, in mehreren dichtgestellten Längsreihen geordnet; die hintersten dieser Dornen sind die kleinsten.

Am Hinterende des Tieres öffnet sich das Tracheensystem auf zwei kurzen Auswüchsen; die zwei Atemlöcher sind in je zwei durch eine Querbrücke geteilt.

Von inneren Teilen sieht man vorne das für die Muscidenlarven und deren Verwandte charakteristische Schlundskelett, welches zwei nicht sehr große Mundhaken trägt, die zwischen den Dornen des Vorderendes hervorragen.

Die betreffende Larve ist offenbar dieselbe — oder sehr ähnlich derjenigen — welche von verschiedenen russischen Ärzten gefunden worden, und welche von einem der betreffenden Untersuchern, v. Samson-Himmelstjerna, im *Archiv f. Dermatologie und Syph.*, 41. Bd., 1897, S. 367 ff. unter der Überschrift: Ein „Hautmaulwurf" erwähnt ist, während eine Reihe von Publikationen in russischer Sprache über dieselbe leider nicht von mir eingesehen werden konnten. Dasselbe Krankheitsbild wie bei dieser Larve ist noch von einer Reihe von Ärzten in verschiedenen Ländern (Österreich, England, Frankreich, Nordamerika usw.) beobachtet worden, aber nur in Rußland gelang es bisher der kleinen Larve habhaft zu werden.[1] Die Russen haben die Larven als ganz junge Gastrophiluslarven bestimmt. In der Abhandlung von Samson finden sich aber leider keine Figuren und keine nähere Beschreibung der in Rußland gefundenen Larven; die Figur in Samsons Abhandlung ist eine Kopie einer alten, ganz ungenügenden Figur einer jungen Gastrophiluslarve von einem Pferde, „nach Brehm".

Die Larven der Gattung Gastrophilus leben bekanntlich normal im Magen (und Zwölffingerdarm) des Pferdes; es sollte also hier von verirrten Larven die Rede sein, welche von Eiern abstammen, die auf der menschlichen Haut abgelegt waren.

Glücklicherweise besitzen wir in der Zoologischen Sammlung der Veterinär- und Landwirtschaftlichen Hochschule Gastrophiluslarven von einem Pferde, welche nicht sehr viel größer sind als die vorliegende „Larva migrans". Die Larven sind in der Zunge eines Pferdes mit mehreren etwas größeren Larven zusammen gefunden; sie hatten sich unterhalb des Epithels eingebohrt und einen langwierigen, krankhaften Zustand verursacht, dabei sind sie aber, wie mit solchen verirrten Larven durchgängig der Fall, auf einer jugendlichen Entwicklungsstufe stehengeblieben (im Pferdemagen habe ich stets nur vorgeschrittenere Larven

---

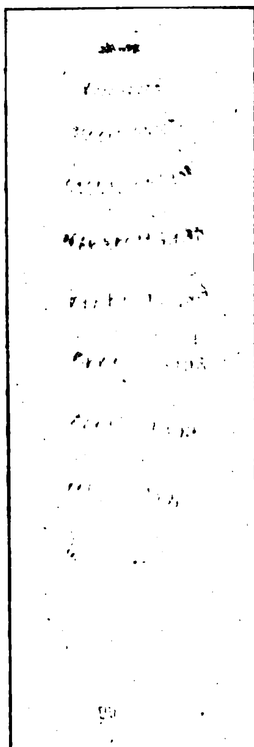
[1] Vergl.:

Rasch, Hudens Sygdomme, Köbenhavn 1902—05, S. 32—33.

Brocq, *„Traité élém. de Dermatologie pratique."* Tom 1, 1907, S. 445—46. (Herr Prof. Dr. Ehlers hat gütigst meine Aufmerksamkeit auf dieses Buch hingelenkt.)

Hamburger, Creeping eruption; its relation to Myiasis in: *„Journal of Cutaneous Diseases"* (New York). Vol. 22, 1904, S. 217—27.

gefunden). Es ist eben von Wichtigkeit, dafs so kleine Larven zum Vergleiche vorliegen, da die Gastrophiluslarve später ein wesentlich anderes Aussehen bekommen. Dafs die betreffenden jungen Larven aus der Pferdezunge wirklich dem Entwicklungskreis von Gastrophilus angehören, geht mit Sicherheit daraus hervor, dafs ich in einigen Fällen zweifellose Gastrophiluslarven innerhalb der Chitinhaut solcher Larven — d. h. die jungen Larven in Häutung begriffen — gefunden habe.



4. Eine der im Text erwähnten jungen Gastrophiluslarven aus der Zunge eines Pferdes. Ca. 25mal vergröfsert.

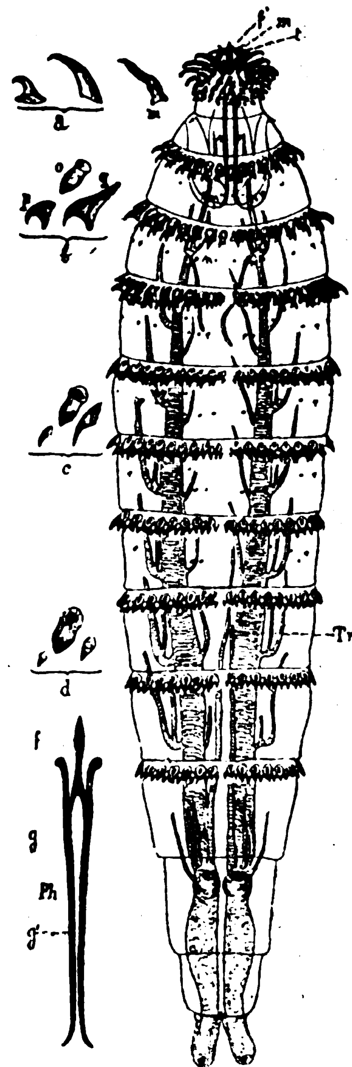
Ich mufs offen gestehen, dafs ich vor der Hand nicht sehr geneigt war, das Resultat der russischen Untersucher zu akzeptieren; dafs eine Pferdemagenbremse als gelegentlicher Hautschmarotzer des Menschen aufträte, war an und für sich nicht eben sehr wahrscheinlich. Nach dem Vergleich der vorliegenden Larva migrans mit jenen jungen Gastrophiluslarven aus der Pferdezunge kann ich aber nicht mehr daran zweifeln, dafs unsere Larve wirklich eine Gastrophiluslarve ist. Die kleinsten Larven aus der Pferdezunge sind 3 mm lang. Sie besitzen dieselben neun Dornkränze und für die vorderen Kränze sind die Verhältnisse sehr ähnlich wie bei der Larva migrans: es findet sich in jedem Kranz eine Reihe gröfserer Plättchen, welche jedoch in je eine Spitze ausgezogen sind (während dieselben bei der Larva migrans mehr schuppenartig sind[2]), und hinten zwischen denselben die doppelte Zahl kleiner Dornen oder Häkchen. Abweichend von der Larva migrans ist es, dafs diese Dornen schwächer und in den hinteren Kränzen teilweise rückgebildet sind — es mag nun dieser Unterschied daher stammen, dafs die Hautlarve einer anderen Gastrophilusart[3] angehört, als die Larven aus der Pferdezunge, oder vielleicht daher, dafs letztere schon etwas gröfser, weiter entwickelt sind. Am vordersten Ende des Körpers besitzen die kleinen Larven aus der Pferdezunge einen ähnlichen — etwas schwächeren — Besatz von Dornen wie

[2] Am abgerundeten Ende der Plättchen bemerkt man übrigens auch bei der Larva migrans, wenn das Objekt mit Immersion untersucht wird, eine oder mehrere feine Spitzen.

[3] Es finden sich in Dänemark im Pferde vier Gastrophilusarten: equi, pecorum, haemorrhoidalis und nasalis.

die Larva migrans und dieselben kleinen Mundhaken; und am Hinterende sind dieselben zwei kleinen Auswüchse vorhanden mit je einem doppelten Atemloch.

Noch näher ist der Anschlufs unserer Larva migrans an die von GUYOT[4] beschriebenen, soeben dem Ei entschlüpften, $1^1/_4$ mm langen Larven von Gastrophilus equi (oder intestinalis, wie GUYOT ihn nennt). Nebenan (Fig. 5) gebe ich eine Kopie einer der Figuren von GUYOT; wie man sieht, ist die Übereinstimmung mit unserer Larve vollkommen: dieselbe aus zahlreichen, in Längsreihen geordneten, gebogenen Dornen zusammengesetzte Krone am Vorderende; dieselbe Zusammensetzung der Dornkränze aus je einem Kreis von schuppenartigen Fortsätzen und der doppelten Zahl von Häkchen hinter denselben usw.; die Figur von GUYOT überhebt mich der Mühe, weiter auf Details einzugehen. Über die generische Identität unserer Larva migrans mit der von GUYOT abgebildeten, aus Gastrophiluseiern gezogenen kann man keinen Augenblick im Zweifel sein. Ich bemerke noch ausdrücklich, dafs meine Beschreibung und Figuren der Larva migrans gemacht waren, bevor ich mit der Arbeit von GUYOT Bekanntschaft gemacht habe.



5. Neugeborene Larve von Gastrophilus equi, 80 mal vergröfsert. *a* Zwei Haken aus der Krone des Vorderendes, *b* Häkchen und Schuppen (*o* Schuppe, *p* und *q* Häkchen) einer der vorderen Kränze, *c* do. eines mittleren, *d* eines hinteren Kranzes, *m* Mundhaken, *Ph* Schlundskelett mit dem unpaaren Stilett *f* und den paarigen Stücken *g*, *t* Antenne, *Tr* Haupttrachee.

Die kleinen Figuren links sind in stärkerer Vergröfserung als die Hauptfigur. — Nach GUYOT.

Während die gefundene Larve somit einen engen Anschlufs an junge Gastrophiluslarven darbietet, zeigt dieselbe dagegen keine nähere Ähnlichkeit mit anderen mir bekannten Dipterenlarven. Ich nehme somit keinen Anstand, dieselbe für eine junge verirrte Gastrophiluslarve zu erklären, welche natürlich als Ei auf ein Haar des betreffenden Kindes abgelegt worden ist und sich nachher in die Haut eingenagt

[4] Contribution à l'étude des Larves des Gastrophiles in: „*Archives de Parasitologie.*“ Tome 4, S. 184 ff.

hat. Welcher von den in unserem Lande einheimischen Gastrophilusarten sie angehört, läſst sich vor der Hand nicht sagen, ist aber auch relativ gleichgiltig.

Es hat der beschriebene Fall das besondere Interesse, daſs es, soviel ich weiſs, der erste ist, in welchem auſserhalb Ruſslands eine Gastrophiluslarve in der menschlichen Haut wissenschaftlich konstatiert worden ist. Nach den nicht wenigen vorliegenden klinischen Angaben ist übrigens ein solches Vorkommnis, wenn auch nicht gerade häufig, doch nicht allzu selten auch auſserhalb Ruſslands.

Auch eine andere Oestridenlarve, nämlich eine Hypodermalarve,[5] liegt mir von der Haut eines Menschen vor. Dieselbe wurde im Mai 1902 in Ulfborg (Jütland) von Herrn Kreisarzt P. V. Gad einem neunjährigen Knaben entfernt und mir durch einen dortigen Tierarzt (Herrn N. J. Jakobsen) zugesandt. Das Kind hatte an der durch den Schmarotzer verursachten Hautkrankheit seit November 1901 gelitten; in Zwischenräumen von wenigen Tagen bekam es Schmerzen an verschiedenen Körperstellen, aber stets auf derselben Seite des Körpers; nach ein paar Stunden hörten die Schmerzen wieder auf, die Stelle blieb aber für Druck empfindlich und im Laufe von ein paar Tagen bildete sich eine kleine Intumescenz, welche durch eine kleine Öffnung etwas Eiter abgab, und die Stelle erhielt in der nächsten Umgebung eine grünlich-gelbe Farbe wie eine im Verschwinden begriffene Ecchymose. Der Schmarotzer wurde endlich in der Öffnung einer solchen Intumescenz Anfang Mai entdeckt und ausgedrückt. Es war die mir anderweitig wohlbekannte Hypodermalarve im „ersten Stadium“, welche dadurch charakteristisch ist, daſs sie am Hinterende mit zwei sehr kleinen schwarzen unregelmäſsigen Stigmenplatten versehen ist, um welche herum die Haut mit zahlreichen kleinen schwarzen Pünktchen (kleinen Dornen) überstreut ist, während die übrige Oberfläche unbedornt ist. Sie ist mit anderen mir vorliegenden Hypodermalarven im „ersten Stadium“ ganz übereinstimmend und über die Identifizierung ist kein Zweifel; es ist eine durchaus eigentümliche und unverkennbare Larve. Das vorliegende Stück hat — etwas aufgedunsen durch die Konservation in Spiritus — eine Länge von $13^1/_2$ mm.

Zuverlässige Mitteilungen über Oestridenlarven in der menschlichen Haut liegen bisher nicht aus Dänemark vor. Der einzige bisher bekannte Fall, in welchem möglicherweise Oestriden in der Haut vorhanden waren, ist der von Eschricht in *Bibliothek for Laeger*, 1845, beschriebene, in welchem aus der Haut eines achtjährigen Knaben allmählich sieben Larven aus kleinen Öffnungen im Gesicht, am Rumpf und an den Ex-

[5] Die Hypodermalarven leben bekanntlich normal in der Haut des Rindes und anderer Wiederkäuer, wo sie die „Dasselbeulen“ erzeugen.

tremitäten zum Vorschein kamen. Dieselben wurden einem damaligen bekannten Dipterolog vorgelegt, welcher sie als „Muscalarven“ bestimmte. Eine Beschreibung der Larven hat ESCHRICHT nicht gegeben und der ganze Fall ist überhaupt wissenschaftlich unverwertbar. Am wahrscheinlichsten ist es wohl, daſs es sich um Hypodermalarven gehandelt hat.

Jedenfalls scheint das Vorkommen von Hypodermalarven in der menschlichen Haut in Dänemark ebenso selten zu sein wie im gröſsten Teil des übrigen Europas — im Gegensatz zu der sonderbaren Häufigkeit, womit diese Larven in der menschlichen Haut in Norwegen vorkommen.[6]

Nachschrift. Nachdem das Voranstehende bereits fertig vorlag, erhielt ich durch die Freundlichkeit des Herrn Dr. RASCH die soeben erschienene einundzwanzigste Abteilung des von MRAČEK herausgegebenen *Handb. d. Hautkrankheiten*, in welcher RILLE und RIECKE S. 178—236 eine ausführliche Monographie des von der Larva migrans erzeugten „Creeping disease“ gegeben haben. Die Arbeit der genannten Herren ist mir unter anderem dadurch wertvoll, daſs sie Data aus russischen Arbeiten bringt, welche mir bisher unbekannt blieben, namentlich (S. 194) eine kurze Beschreibung und eine Abbildung einer Larva migrans von SOKOLOW, welche zwar beide sehr mäſsig sind, zusammen aber unzweideutig dafür zeugen, daſs die von den Russen gesehenen Larven ebenso wie die dänische Larve der Gattung Gastrophilus angehört. Die Verfasser bemerken, nachdem sie SOKOLOW referiert und die von PORTSCHINSKY ausgesprochene Anschauung, daſs es sich um eine Gastrophiluslarve handelte, erwähnt haben: „Dieser Auffassung begegnete man aber alsbald mit starkem Zweifel .... Besonders gravierend waren die Einwände, welche von CSOKOR gelegentlich der Demonstration des KAPOSIschen Falles [Fall von Creeping disease in Österreich, Parasit nicht gefunden] gegen jene Auffassung des Parasiten als der Larve des Gastrophilus equi erhoben wurden. Nachdem CSOKOR eine Beschreibung der Lebensweise jener Oestrusart auf Grund der BRAUERschen Untersuchungsresultate gegeben hat, betont er in bezug auf den KAPOSIschen Fall das Miſsverhältnis des Entwicklungstadiums der Gastrophiluslarve, beziehungsweise ihrer derzeitigen Gröſse zu den zarten Gängen der Dermatose. KAPOSIS Demonstration fand am 15. April statt, anfangs März hatte vermutlich [?] das Leiden begonnen: nun aber deponiert, wie CSOKOR ausführt, die groſse Magenbremse des Pferdes im Spätherbst ihre Eier an den Haaren der Weidepferde. Im Magen .... verweilen dieselben den Winter

---

[6] Vergl. W. M. SCHÖYEN, Om Forekomsten af Dipterlarver under Huden hos Mennesker in *Entomologisk Tidskrift* (Stockholm) 1886, S. 171—187.

über, um dann im Frühjahr (April, Mai) mit den Exkrementen des Pferdes im gereiften Zustande nach außen zu gelangen ..... Demnach waren zur Zeit des mutmaßlichen Beginnes des Leidens im vorliegendem Falle KAPOSIS die Larven von Gastrophilus equi auf dem Höhepunkte ihrer Entwicklung angelangt und etwas über bohnengroß. Es ist selbstverständlich unmöglich, daß eine auch nur annähernd so große Larve die Hautveränderungen der Creeping eruption zu erzeugen imstande ist."

Allerdings! Aber der ganze Einwand beruht auf irrigen Voraussetzungen. Daß der Erzeuger der Creeping disease am 15. April noch so klein war, wie er nach dem Charakter des Krankheitbildes gewesen sein muß, spricht keineswegs gegen die Annahme, daß er eine Gastrophiluslarve sei. Derartige verirrte Larven haben nämlich einen sehr wesentlich verlangsamten Entwicklungsgang. In dem von mir vorhin erwähnten Fall von Gastrophiluslarve in der Zunge eines Pferdes starb das Tier aus anderer Ursache im Mai und trotzdem standen die Larven noch teilweise im ersten Stadium. Ähnlich verhalten sich auch verirrte Hypodermalarven: sie bleiben auf einer unreifen Stufe stehen.[7]

Die von CSOKOR und anderen ausgesprochenen Bedenken haben einen so starken Eindruck auf die Verfasser gehabt, daß sie gegen den Schluß der Monographie hin schreiben (S. 228), daß es sich „mit der größten Wahrscheinlichkeit ergibt, daß für die Creeping disease keiner von den bekannten Parasiten in Betracht kommt .... Es bleibt der Zukunft vorbehalten, in die Ätiologie der Creeping disease die erwünschte Klarheit zu bringen." Es darf erwartet werden, daß die Verfasser nach dem oben Mitgeteilten jetzt anders urteilen werden.

---

[7] Im Wirbelkanal des Rindes finden sich in den Monaten Dezember bis Juni sehr oft Hypodermalarven, welche im ersten Stadium stehen geblieben. Die in der Haut des Pferdes bisweilen vorkommenden verirrten Hypodermalarven kommen nicht über das zweite Stadium hinaus; ja ich besitze sogar eine Hypodermalarve, welche Ende Mai in der Haut eines Pferdes gefunden ist und welche noch im ersten Stadium sich befindet.

Zusatz zu dem Artikel über eine „Larva migrans" usw.[1]

Von

J. E. V. Boas.

In meinem Artikel über die „Larva migrans" usw. habe ich angegeben, dafs bisher keine verbürgten Angaben über Hypodermalarven in der menschlichen Haut aus Dänemark vorlagen. Später habe ich aber erfahren, dafs wenigstens ein solcher Fall beschrieben ist. In der *Ugeskrift for Laeger*, 1904, S. 535, hat Herr Krankenhausarzt Kjelgaard in Lögstör (Jütland) einen solchen beschrieben. Es handelt sich um einen 10—12jährigen Knaben, Sohn eines Schlachters auf dem Lande. Im April erschien im rechten Hypochondrium des Knaben eine Prominenz von der Gröfse einer halben Erbse; die Stelle war schmerzhaft aber nicht gerötet. Die Prominenz ist bald nachher verschwunden, aber Mittags desselben Tages erschien eine ähnliche dicht unterhalb des Ventrikels und Abends eine ebensolche unterhalb des linken Hypochondriums. Letztere wurde nach einer Stunde rot und entliefs ein Würmchen von 1 cm Länge, welches von sachverständiger Seite als eine Hypodermalarve im ersten Stadium bestimmt wurde. Nach der Angabe der Eltern war eine ähnliche Larve im März desselben Jahres aus einer Prominenz am Hinterhaupte des Kindes zum Vorschein gekommen.

Endlich erwähne ich noch, dafs ich vor ganz kurzer Zeit von Herrn Kreisarzt Melchiorsen in Grindsted (Jütland) eine Hypodermalarve im ersten Stadium erhalten habe, welche einem dreijährigen Kinde entstammt und am 1. April d. J. dasselbe verlassen hatte; da der betreffende Arzt voraussichtlich selbst den Fall beschreiben wird, gehe ich nicht näher auf die Krankengeschichte ein.

Sämtliche drei dänischen Fälle von Hypodermalarven beim Menschen stammen aus Jütland; auch der vierte, fragliche, Fall (Eschrichts) stammt daher. Die Zahl ist allerdings zu klein, als dafs man etwas bestimmtes daraus schliefsen kann; die Tatsache ist aber insofern von Interesse, als Hypoderma bovis in Jütland entschieden häufiger ist als auf den dänischen Inseln, und es deshalb ganz natürlich sein würde, dafs Menschen dort häufiger das Objekt einer gelegentlichen Infektion mit Hypodermalarven wären.

---

[1] Zusatz nach der Korrektur.

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 23. März (5. April) 1907.

Originalbericht von ARTH. JORDAN-Moskau.

1. SHIWULT stellte einen 15jährigen Knaben mit **exquisitem Lupus vulgaris** vor. Abgesehen von verschiedenen Herden im Gesicht, auf dem Rücken, auf der Glans penis usw. erweist sich am stärksten betroffen die rechte obere Extremität, wo auch die Krankheit ihren Anfang genommen haben soll. Der ganze rechte Arm ist übersät mit Narbenzügen und Lupusherden. Der rechte Zeigefinger ist aufgetrieben, rot und eitert. Das Röntgenphotogramm zeigt Veränderungen der Knochen der rechten Hand.

Diskussion: TICHONOWITSCH, welcher das Röntgenbild aufgenommen hat, gibt nähere Ausführungen über dasselbe und bezeichnet den Prozefs als rarefizierende Ostitis.

RESCHETILLO spricht die Veränderungen des rechten Zeigefingers als gummös an und fragt, ob nicht eine Kombination des Lupus mit Syphilis vorliegen könne?

SHIWULT widerspricht dem entschieden.

BOGROLO erinnert an seinen, gleichfalls in der Gesellschaft vorgestellten Fall, wo aber auch die inneren Organe mit beteiligt waren.

SHIWULT entgegnet, im Allgemeinen erweisen sich bei seinem Fall die inneren Organe als normal, wenn auch eine Neigung zu abendlichen Temperaturen besteht.

2. SERENIN (Gast) demonstrierte einen 65jährigen Mann mit einer unzähligen Menge **weicher Fibroma**, welche ihren Ausgang von den Nerven nehmen.

Diskussion: SOKOLOW macht darauf aufmerksam, dafs sich bei dem Patienten auch Cutis laxa findet.

METSCHERSKI ist der Ansicht, dafs man schon auseinander halten könne, ob es sich in diesem Fall um Cutis laxa oder nur um eine durch das Alter bedingte, dehnbare Haut handele.

POSPELOW findet die Veränderungen der Elastizität für Alterserscheinungen zu stark und hält sie gleichfalls für Cutis laxa.

3. METSCHERSKI zeigte ein tatarisches Mädchen mit einem **lokalisierten Neuro fibrom**, ausgehend vom Nervus ulnaris in der rechten Ellbogengegend.

4. SERENIN stellte einen 7jährigen Knaben mit **Keloiden**, im Anschlufs an eine Verbrennung, vor und regt die Frage der Behandlung derselben an. Er hat in einem Fall zwar mit Glück ein Keloid operiert, in einem andern trat aber ein Rezidiv auf, so dafs er glaubt, dafs man nur dort operieren dürfe, wo keine Eiterung und keine Spannung vorliegen.

Diskussion: TSCHLENOW gedenkt eines von ihm in der Gesellschaft vorgestellten Falles mit massenhaften Keloiden und sagt, dafs sich ätiologisch gar keine Erklärung fand, so dafs eine besondere hyperkeratotische Diathese als Ursache angenommen werden mufste.

METSCHERSKI erinnert bei Besprechung der Frage von der Behandlung an die Mitteilung von BEURMANN, NOIRÉ und GOURGEROT, welche Exzision des Keloides, 2—3 cm weit vom Rande desselben, und gleich darauf Anwendung der Röntgenbestrahlung empfehlen.

SYKOW hat mit Röntgenstrahlen nichts erreicht.

Pospelow zeigte eine Moualage von einem Fall von Keloidbildung nach Akne, welche er durch eine im Organismus liegende Reizbarkeit der Gewebe erklärt, die er Keloidismus nennt.

5. Licharew (Gast) führte den schon in der vorigen Sitzung gezeigten Fall von **Petrificatio cutis** vor. Bei dem 23jährigen Schmied sieht man teils Geschwülste, teils Verhärtungen, teils Ulcerationen, die nach Ausstofsung kalkartiger Massen unter Narbenbildung heilen. Diese Hautveränderungen finden sich zwar an verschiedenen Körperstellen, wie z. B. auf dem rechten Handrücken, auf der Brust usw., sind aber am stärksten ausgeprägt auf der rechten unteren Extremität, wo sie dem Verlauf der V. saphena folgen und insbesondere auf dem rechten Oberschenkel, unterhalb des Liq. Poupartii. Bei Röntgenaufnahmen fallen dunkle Flecke an den erkrankten Partien ins Auge; bei mikroskopischer Untersuchung sieht man glänzende Klümpchen in allen Schichten der Haut neben runzeliger Infiltration. Bakterien liefsen sich nicht nachweisen. Chemisch handelt es sich um kohlensauren Kalk.

Diskussion: Speranski erinnert an den in Bern zum Dermatologenkongrefs vorgestellten Fall von Levandowsky derselben Art.

Tschelenow fragt, ob das gleichzeitige Vorkommen von Tuberkulose bei dem vorgestellten Kranken ganz ausgeschlossen ist?

Licharew entgegnet, dafür fänden sich gar keine Anhaltspunkte.

Pospelow, aus dessen Klinik der Kranke stammt, fügte hinzu, dafs die Fälle von Petrificatio cutis zu den ziemlich seltenen Erkrankungen der Haut gehören und dafs die meisten Lehrbücher darüber nichts bringen. Darier gibt die Möglichkeit eines parasitären Ursprungs dieser Krankheit zu, obgleich ein solcher Parasit noch nicht gefunden ist. Pospelow neigt mehr der von Tomaschewski und Romanow in Tomsk ausgesprochenen Ansicht zu, dafs die Petrificatio cutis durch ein lokales, übertriebenes Wachstum der Arterienwände, nach Art der Angiome zu erklären ist, welche gröfstenteils infolge angeborener Gefäfsanomalien entstehen. Nach Ansicht von Tomaschewski und Romanow ist weder die Abhängigkeit der Krankheit von Parasiten noch von einer phosphorsauren Diathese bewiesen und das gilt auch für diesen Kranken. Derselbe weist für seine 24 Jahre einen entschiedenen Kräfteverfall auf und leidet an Ablagerungen von Konkrementen, welche ausschliefslich aus kohlensaurem Kalk bestehen, der mit Schwefelsäure bekanntlich Gips bildet. Hierin unterscheidet sich dieser Fall von dem von Tomaschewski und Romanow beschriebenen Fall, bei dem ausschliefslich phosphorsaurer Kalk gefunden wurde. Harnsäure fehlt in diesem Fall ganz. Von besonderem Interesse ist aber der histologische Befund dieses Falles, welcher aufser Veränderungen der Blutgefäfse noch ein Absterben des Endothels der Lymphgefäfse ergibt.

6. Bogrow machte Mitteilung über die **mikroskopischen Veränderungen der Haare nach Röntgenisation** unter Demonstration der mikroskopischen Präparate. Die Veränderungen bestehen bei starker Einwirkung der X-Strahlen darin, dafs die epilierten Haare ein kurzes, keilförmiges Ende, bei mittlerer Wirkung dagegen ein langes, allmählich sich immer mehr zuspitzendes Ende aufweisen. Die nicht epilierten Haare zeigen entweder Veränderungen desselben Charakters, nur mit dem Unterschiede, dafs sie an der schmalsten Stelle quer durchbrechen oder die Haarzwiebel atrophiert. Die schwache Wirkung der X-Strahlen endlich äufsert sich blos in der Bildung einer Umschnürung in der Mitte der Länge des Haares, worauf wieder ein normales Haar folgt. Was die histologischen Veränderungen der Haare selbst anbetrifft, so weisen die verengten Stellen, abgesehen von den durch die starke Einwirkung der X-Strahlen hervorgerufenen Veränderungen, einen embryonalen Charakter des Baues auf. Der Pilz Achorion Schönleini bleibt in den durch X-Strahlen epilierten Haaren lebensfähig.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

Band X. März 1907.

I. **Santyl bei Prostatacystitis**, von ARNOLD STRASSMANN-Berlin. Bei einem Fall von mehrjähriger Prostatacystitis schwanden die äuſserst heftigen Beschwerden, nachdem die verschiedensten Mittel erfolglos versucht waren, schlieſslich unter interner Verabreichung von Santyl prompt. Auch bei später auftretenden Rezidiven erfolgte stets prompte Reaktion. Daher blieb das Santyl auch in gröſseren Dosen unschädlich. Das Santyl besitzt also eine deutlich anästhesierende Eigenschaft für die Blasenschleimhaut und ist daher durch die Herabsetzung der Reizempfindlichkeit bei Tenesmen der Blase „aufs wärmste" zu empfehlen. (Wie alle neuen Mittel!! Der Ref.)

II. **Über die Urticaria vom Standpunkte der neuen Erfahrungen über Empfindlichkeit gegenüber körperfremden Eiweiſssubstanzen**, von A. WOLFF-EISNER-Berlin. Gemeinsam mit JOSEPH faſst W. Urticaria und Erytheme als einen nur quantitativ verschiedenen Krankheitsprozeſs zusammen. Die Urticaria entsteht nach der Einwirkung äuſserer Schädlichkeiten (Brennesseln, Wanzen, Flohstich, Nebennierenextrakt, Raupenhaare). Eine zweite Gruppe entsteht nach dem Genuſs von Krebsen, Hummern, Austern, Muscheln, Erdbeeren, Schweinefleisch usw. (Bei mir nach Weinsuppen. Der Referent.) Neben der Urticaria sind sehr häufig heftige gastrische Störungen vorhanden. Eine fernere Gruppe bilden die Arzneiexantheme nach Jodoform, Arsen, Chinin, Salicyl, Antipyrin usw. Diese Erytheme sind sehr polymorph und gehen oft mit Fieber einher. Auch hier nimmt man eine Idiosynkrasie des einzelnen Individuum an. Auch Pellagra im ersten Stadium ist hierher zu rechnen. In Analogie zu setzen zur Urticaria ist auch das Heufieber. Im Gegensatz zu den Heufieberkranken stehen die Gesunden, welche Polleneiweiſs nicht resorbieren. Eine groſse Anzahl solcher Idiosynkrasien können wir erklären als eine Überempfindlichkeit gegenüber der Einverleibung körperfremden Eiweiſses, die besonders dann zu tage tritt, wenn durch vorhergehende Injektionen der betreffenden Eiweiſssubstanz eine Überempfindlichkeit gegen diese Substanz geschaffen worden ist. Die Einverleibung des körperfremden Eiweiſses ruft Krankheitserscheinungen hervor, von denen das Auftreten von Urticaria, von Erythemen und von sonstigen Hautaffektionen die relativ harmloseste Form darstellt. Darin findet eine groſse Anzahl von Urticariaeruptionen eine zwanglose einheitliche Erklärung, z. B. die von Brennesseln, Insekten. Bei der Urticaria vom Darm aus handelt es sich immer um die Zufuhr von körperfremden Eiweiſssubstanzen per os, das Eiweiſs wird durch die Darmsäfte hier nicht so abgebaut, daſs es seine Arteigenheit verliert, so daſs also körperfremdes Eiweiſs in die Zirkulation gelangt. Es kommt auch bei dauernder Resorption gegen körperfremdes Eiweiſs keine Unempfindlichkeit zustande, sondern es entsteht sogar eine Überempfindlichkeit; so entsteht stets wieder Urticaria bei den Individuen. Diese Eigenschaft kann nur dann verloren gehen, wenn die Darmsäfte die betreffenden Stoffe so abbauen, daſs sie völlig ihre Arteigenheit verlieren. Dann kommt es natürlich nicht mehr zu Urticariaeruptionen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

1907. Band IV, Heft 2.

Die moderne Theorie der Blennorrhoe, von U. DE RENALDIS-Neapel. Verfasser hat vor einiger Zeit über günstige Resultate berichtet, welche er bei 45 Fällen

von Blennorrhoe mit Gonosan erzielte. Sein Material hat sich seitdem um 80 Fälle vermehrt, und im allgemeinen sind die gleichen günstigen Erfolge zu verzeichnen gewesen. Vor allen Dingen betont auch R. die sehr eklatante Wirkung des Gonosans auf die Schmerzen beim Urinieren und die quälenden Erektionen. Unter den 35 akuten Fällen dieser Serie waren nicht weniger als 27, welche im Laufe von drei bis vier Wochen unter Behandlung ausschliefslich mit Gonosan zur Heilung gelangten. Auch bei 15 von 22 Fällen chronischer Erkrankung gelang die Heilung in gleicher Weise, wenn auch etwas langsamer. Des ferneren gibt Verfasser an, bei der Gonosanbehandlung eine sehr willkommene Verminderung der Komplikationen konstatiert zu haben.

Zeigen sich Liebe und Erotik in der Handschrift? von Magdalene Thumm-Kintzel-Berlin. Die Bedeutung der Handschrift als Beweismittel von Charaktereigenschaften und Gemütszuständen wird wohl von allen Seiten zugegeben, wenn auch sehr vieles auf diesem Gebiet noch durchaus der weiteren Begründung und des Ausbaues bedarf. Verfasserin sucht hier nachzuweisen, dafs sowohl der von Haus aus erotische Charakter (als Typen werden Guy de Maupassant und Bürger herangezogen) als auch der Zustand der „akuten Verliebtheit“ etliche sehr präzise Merkmale in der Form der Buchstaben und der Art des Schreibens erkennen lassen. Als Gegensatz wird das Autogramm Nietzsches wiedergegeben, welches in der Tat von total anderer Art ist.

Bericht über die Verhandlungen des Allgemeinen Fürsorge-Erziehungstages vom 11. bis 14. Juni 1906 zu Breslau, von W. Hammer-Berlin. Hat nichts mit der Dermatologie zu tun.

Die sexuelle Ethik, von F. Schacht-Frankfurt a. M. Die historische Entwicklung hat es mit sich gebracht, dafs die Bestimmungen über den zu erlaubenden Geschlechtsverkehr in früheren Zeiten und zumeist jetzt auch noch als Teil der religiösen Vorschriften ihre Gültigkeit erhalten haben. Es wäre jetzt an der Zeit, dafs Ärzte und Juristen ihrer Ansicht auf diesem Gebiet mehr Geltung verschafften, denn diese Berufszweige ermöglichen ein viel kompetenteres Urteil hierüber als die Theologie. (Fortsetzung folgt.) *Philippi-Bad Salzschlirf.*

The British Journal of Dermatology.

März 1907.

Naevi cystepitheliomatosi disseminati (Lymphangioma tuberosum multiplex Kaposi; Hidradenoma eruptivum Jacquet und Darier), von George Pernet. Die Patientin P.s war eine junge, 25jährige Frau, welche berichtete, dafs sie ihre Hautleiden seit ihrem 16. Lebensjahre habe. Die kleinen Geschwülste lagen zerstreut um den oberen Teil der Brust, vereinzelt am Nacken, um Mund und Kinn; die unteren Augenlider, wo die Affektion beim ersten Blick wie Milium aussah, waren ebenfalls befallen, die oberen Lider jedoch frei, am Rücken und Armen einige wenige der kleinen Cystennaevi vorhanden. P. fand bei der Entfernung mit dem scharfen Löffel die Geschwülste aufserordentlich hart; sie liefsen sich auch nicht leicht ausschälen, wo dies aber gelang, war kein Rezidiv mehr zu bemerken. Die histologische Untersuchung zeigte die charakteristische, von vielen Beobachtern schon beschriebene Struktur dieser Cystennaevi. Bezüglich der Ätiologie glaubt P., dafs sie in früherer oder späterer Lebenszeit aus embryonalen Epithelmassen, die mit oder ohne bleibenden Zusammenhang mit der Epidermis geblieben sind, entstanden und wahrscheinlich mit einer Art abortiver Schweifsdrüsen und -Gänge verwandt sind. Diese Hautaffektion ist daher in die Kategorie der Mifsbildungen einzureihen und möglicherweise wird eine genaue, auf viele Jahre ausgedehnte Untersuchung mancher Fälle andere Entwicklungsanomalien, vielleicht der inneren Organe, gleichzeitig konstatieren. Auch

wurde festgestellt, daſs die embryonale Struktur jahrelang bestehen kann, bevor die Neubildung an die Oberfläche tritt oder irgendwie Beschwerden verursacht, — in P.s Fall stellte sich dies erst im Alter von 16 Jahren ein und wurde in den angefertigten Schnitten festgestellt, daſs die Degeneration im aktiven Fortschreiten und die Cysten im Entstehungsprozeſs begriffen waren. Das klinische Bild der kleinen Neubildungen, d. i. ihre Neigung, den transversalen Körperlinien zu entsprechen, indem die lange Axe der längsovalen Affektionen in dieser Richtung lag, sprach zugunsten des metameren Ursprungs. P. stimmt also in seinen Endergebnissen nicht mit KAPOSI überein, der eine fehlerhafte Beschaffenheit der Lymphgefäſse bei dieser Affektion annahm und ihr daher den Namen Lymphangioma tuberosum multiplex gegeben hat.

Stern-München.

The Journal of cutaneous Diseases including Syphilis.

März 1907.

Über Alopecia syphilitica, von HERMANN G. KLOTZ-New York. KLOTZ kann sich in vieler Beziehung nicht mit den allgemein und in den meisten Handbüchern gleichmäſsig vertretenen Ansichten über Syphilis und deren Zusammenhang mit Alopecie befreunden, sondern faſst seine Erfahrungen in folgenden Hauptsätzen zusammen: Alopecie oder Haarausfall ist kein gewöhnliches oder regelmäſsiges Symptom im ersten Stadium der Syphilis. Der geringe Haarausfall, welcher konstant bei gesunden Individuen als das Resultat des physiologischen Haarwechsels vorkommt, hält auch im Verlaufe der Syphilis an und muſs in Berücksichtigung gezogen werden, ehe man ihn der Syphilis selbst zuschreibt. Ebenso ist es mit zahlreichen Fällen leichter Seborrhoe des behaarten Kopfes, welche man unter gewöhnlichen Verhältnissen kaum der Beachtung oder der Behandlung wert erachten würde. In einer gewissen Anzahl von Fällen kann Syphilis von diffusem Haarausfall begleitet sein, verschieden in seinen Graden und ähnlich jenen anderen Infektionskrankheiten, wie Typhus, Erysipel usw. beobachteten. Diese Alopecie ist bei Abwesenheit irgendwie erkennbarer lokaler Veränderungen offenbar die Folge schlechter Ernährung der Haare, ihrer Anhänge und der ganzen Haut als Teilerscheinung einer allgemeinen durch die Infektion bewirkten Veränderung des ganzen Organismus. Diese Alopecie ist daher nicht direkt ein Symptom, sondern eher eine Komplikation der Syphilis. Sie ist abhängig und meist proportional zu den Allgemeinsymptomen, welche die Sekundärperiode begleiten, und stellt sich gewöhnlich etliche Wochen nach den Prodromalerscheinungen, ähnlich wie bei Typhus und anderen Infektionen, ein. Obwohl diese Alopecie sehr ausgedehnt sein und andere Körperstellen befallen kann, zeigt sie doch die Neigung zu mehr weniger vollständiger Restitutio, wenn nicht der Patient zu vorgeschritten im Alter oder hereditär zu Kahlköpfigkeit disponiert ist. Alopecie kommt gelegentlich in Form kleiner, unregelmäſsiger Herde, die hauptsächlich über hinteren und oberen Teilen des behaarten Kopfes liegen und ihm ein räudiges, wie von Mäusen zerfressenes Aussehen geben, vor. Diese Form von Alopecie wird ausschlieſslich bei Syphilitikern beobachtet und ist so charakteristisch, daſs sie, mit ganz seltenen Ausnahmen, ein diagnostisches Merkmal sowohl für erworbene wie hereditäre Lues bildet. Sie kommt gewöhnlich nicht vor dem Ende des ersten Jahres und bis zum Ende des zweiten Jahres nach der Infektion vor und hat meist einen sehr langwierigen Verlauf, obwohl schlieſslich Wiederherstellung eintritt. Da anatomische Veränderungen der Haut, die auf einen lokalen spezifischen Prozeſs hinweisen, fehlen, so ist es sehr schwierig, den Ursprung dieser Alopecia areata zu erklären. Die Form von Alopecie, welche bei Spätsyphilis vorkommt und auf destruktiven Veränderungen beruht, ist völlig ver-

schieden von Alopecia areata. KLOTZ sah zwar letztere nie bei hereditärer Syphilis, hält aber nach anderweitigen Veröffentlichungen deren Vorkommen für erwiesen.

In der Diskussion, die sich an diesen Vortrag (auf der 30. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatalogischen Vereinigung, Cleveland, 31. Mai bis 2. Juni 1906) anschloſs, stimmten fast alle Redner darin überein, daſs diese Form der Alopecie ein charakteristisches Symptom für Syphilis sei. JACKSON glaubt, sie komme noch früher im Verlaufe derselben vor, als KLOTZ angegeben, nämlich häufiger vor dem Ende des ersten Jahres als später. STELWAGON konnte sich jedoch nicht dafür aussprechen, daſs es irgend eine Form von Alopecie gebe, die unabänderlich das Zeichen von Syphilis sei. CHARLES J. WHITE hat zwei Fälle dieser seiner Ansicht nach zweifellos für Syphilis charakteristischen Alopecie gesehen, die in völlige, bleibende Kahlheit ausgingen.

Phagedänische und serpiginöse Geschwüre und infektiöse Granulome, von WILLIAM F. BREAKEY. B. berichtet über zwei derartige Fälle, wovon der eine einen 26jährigen Mann mit ausgedehntem serpiginösem Geschwür an der rechten Lendengegend von etwa 15 cm Länge, der zweite einen etwa 30jährigen Mann mit einer blumenkohlähnlichen Masse in der rechten Leistengegend betraf. Im ersteren Falle dehnte sich der geschwürige Prozeſs allmählich nach oben gegen die Hüfte und nach abwärts aus (worüber die der Arbeit beigegebenen Abbildungen ein anschauliches Bild geben) und hatte bis zur Zeit, als sie Verfasser in Behandlung bekam, etwa sechs Jahre gewährt. Obwohl Patient bei Beginn des Leidens eine „Wunde" am Gliede gehabt hat, so verneint B. eine syphilitische Infektion, da keine Induration, keinerlei Sekundär- oder gar Tertiärerscheinungen sich eingestellt haben, nur einseitige Drüsenschwellung vorhanden gewesen und keinerlei Reaktion auf antisyphilitische Behandlung erfolgt sei; für Lupus oder Tuberkulose seien keinerlei Anhaltspunkte vorhanden. Die Behandlung bestand in Reinigung, Kürettage und Kautherisation (mit Karbolsäure und Paquelin), später in Auftragen von Unguent. H. nitrat u. s. f. und bewirkte bedeutende Verkleinerung der Geschwürsflächen. Bei späterer Anwendung einer wässerigen Argyrollösung erwies sich diese als das wirksamste Mittel, welches das ganze Geschwür, nachdem ein groſser Teil der Randpartien ausgeschnitten und mit dem Glüheisen behandelt war, zur Heilung brachte. Die Untersuchung des Urins hatte in beiden Fällen negative Resultate (auch bezüglich Gonokokken) gegeben. B. muſs die Frage offen lassen, welches die eigentliche Natur dieser infektiösen Granulome und oft viele Jahre sich hinziehenden phagedänischen Geschwüre ist.

In der Diskussion, die sich an diesen Vortrag (auf der 30. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologischen Vereinigung) anschloſs, erwähnte KLOTZ zweier ähnlicher, von THALMANN bei weiblichen Patienten beobachteter Fälle von Ulcus blennorrhoicum serpiginosum, wie er auch selbst in früheren Jahren viele Fälle indolenter Bubonen in Anschluſs an chronische Blennorrhoe behandelt hat.

Stern-München.

Annales des Maladies vénériennes.

Band II. März 1907.

I. **Über die Diagnostik der Syphilis und der subcutanen und cutanen Sporotrichosen,** von H. GOUCHEROT-Paris. Die subcutane gummöse Sporotrichose und die knötchenartige ulcerose Hautsporotrichose können leicht eine Syphilis vortäuschen, umsomehr, da sich das Jodkalium therapeutisch bei beiden Leiden bewährt. Die Sporotrichose kann die verschiedenartigsten Formen annehmen, Gummen, kleine,

zerstreute Abszesse, grofse Abszesse, Lymphangitis, ulcerierte Hautknoten; bei einzelnen Kranken findet man zugleich mehrere Typen. Die Diagnostik beschäftigt sich nur mit der gummösen Form und den kleinen subcutanen Abzessen in klinischer, bakterieller und histologischer Beziehung. Schon die Symptomatologie ist jetzt soweit geklärt, dafs man meist schon so die Mykose erkennen kann. Die Kultur der Sporotrichose gibt dann die Gewifsheit in einfacher und schneller Weise. Die Differentialdiagnose hat theoretisches und praktisches Interesse, vor allem verscheucht sie den Verdacht auf Syphilis bei vielen Kranken, was ja von grofser Wichtigkeit ist. Mehrere Beispiele zeigen dieses deutlich. Man mufs daher bei jedem nicht ulcerierten Gumma, wenn die Syphilis nicht bewiesen ist, sich die Frage vorlegen, ob es sich auch um eine Sporotrichoses handeln könnte. Gibt die klinische Beobachtung dabei keinen festen Aufschlufs, so nimmt man die Kultur zur Hilfe, die stets Aufschlufs geben wird. Eine lange angewandte Jodtherapie wird stets gute Erfolge zeitigen.

II. **Erscheinungen von seiten des Sehkörpers infolge von tertiärer Syphilis bei den Tabetikern,** von Jean Galezowski. Der syphilitische Ursprung der Tabes steht heute wohl fest, aber es ist immer von Interesse, die Erscheinungen tertiärer Syphilis zu zeigen, welche Tabetiker aufweisen. So finden sich auch Beobachtungen von syphilitischen Symptomen am Auge bei Tabetikern, welche G. beschreibt. Die Beobachtungen stammen von Babinski, Milian und Derléans, und auch eine Beobachtung von Chevallereau und Chaillons über eine Chorio-Retinitis bei einem Tabetiker wird erwähnt. Verfasser selbst sah fünfmal syphilitische Augenaffektionen tertiärer Art bei Tabetiker, die er bei der Seltenheit der Beobachtungen näher schildert. Die Erscheinungen waren sehr verschieden, Retinitis, Chorioiditis mit Iritis, Keratitis. Fall I hat Retinitis pigmentosa, Fall II Atrophie der Papillen und Irido-chorioiditis syphilitica, Fall III Chorioiditis, Fall IV Keratitis interstitialis, Fall V Retinitis pigmentosa. Sämtliche Patienten waren Tabetiker. Die Fälle beweisen, dafs bei den Tabeskranken die Syphilis bestehen und tertiäre Erscheinungen an den Augen bieten kann.

III. **Beitrag zum Studium der Paralytis facialis syphilitica secundaria neuritica,** von A. Lousle-Paris. Verfasser beobachtete auf der Klinik Gauchers zwei Fälle von syphilitischer Facialislähmung, die er genau beschreibt. Die Facialislähmung zeigt sich meist in den ersten sechs bis acht Monaten nach der Infektion. Charakteristisch ist die Beteiligung des oberen Astes des Facialis, das Fehlen cerebraler Erscheinungen, die neuralgischen Schmerzen, das schnelle Verschwinden des Muskelreflexes und die lange Dauer der Affektion. Eine längere Jodkur ist stets am Platze.

III. **Schanker der Mandel und der Lippe mit folgender sekundärer Syphilis,** von Milian und Chenet. Die Krankheit begann mit Schmerzen der rechten Mandel, welche das Schlucken erschwerten und bis zu den Schultern ausstrahlten; gleichzeitig schwollen die submaxillaren Drüsen an. Ein Arzt konstatierte Mandelabszesse und verordnete Gurgeln mit Wasserstoffsuperoxyd, was ohne Erfolg blieb. 14 Tage später zeigte sich an der Unterlippe eine Ulceration mit harter Basis, gleichzeitig trat ein papulöses Exanthem am Rumpf und Extremitäten auf, welches schliefslich den ganzen Körper bedeckte. Acht Tage später sahen Verfasser den Patienten, sie diagnostizierten Schanker der Mandel und der Lippe, allgemeine Roseola. Der Kranke erhielt Injektionen von grauem Öl und innerlich Liquor van Swieten, zwei Efslöffel täglich, worauf die Symptome schwanden. Der Fall beweist, dafs zwei harte Schanker nacheinander vorkommen können.

Bernhard Schulze-Kiel.

Bulletin de la Société Belge de Dermatologie et Syphilographie.

6. Jahrgang. 1905/06. Nr. 2.

Sitzung vom 11. März 1906.

1. Dubois-Havenith-Brüssel stellt eine 50jährige Frau vor mit einem kolossalen ulcerierten, eiterbedeckten Tumor des Gesichts, welcher sich in wenigen Monaten so gewaltig entwickelt hat. Es handelt sich um ein **Epitheliom des Gesichts**; die mikroskopische Untersuchung ergab ein tubuläres Epitheliom follikulären und seborrhoischen Ursprungs.

2. Dufour-Brüssel stellt vor: Ein **Epitheliom des rechten Handrückens**, welches vor einem Jahre begann im Anschluſs an einen Stoſs und jetzt den halben Handrücken einnimmt, ohne die Bewegungsfähigkeit der Hand zu hindern und ohne schmerzhaft zu sein. Der Tumor sondert stinkenden Eiter ab. Der Gesamtgesundheitszustand des Kranken ist gut. Die Drüse unter dem Trochlearis rechts ist vergröſsert, bei Druck an die Ränder des Tumors entleeren sich kleine weiſse Filamente käsiger Art, die an Komedonen erinnern.

Sarqué bemerkt in der Diskussion, daſs es sich nach der mikroskopischen Untersuchung um Blastomycten zu handeln scheint, der Parasit findet sich auch in frischen Präparaten. Baut hält den Tumor ebenfalls für eine Blastomykose. Dubois-Havenith erinnert an einen Fall von Pseudoepitheliom der Hand, welcher klinisch auch als Blastomykose erschien, die mikroskopische Untersuchung bestätigte indessen nicht die Diagnose.

3. Asselbergs-Brüssel stellt einen **Fall zur Diagnose** vor. Der 37jährige Patient erkrankte vor 22 Monaten an einer Beule am Knie, allmählich entstanden weitere Beulen an den Beinen und Armen, täglich etwa drei bis vier neue. Die Beulen hinterlieſsen Narben. Die Hauteruption besteht zurzeit an den Händen, Füſsen, Knien, Ohren überall in der Gegend der Drüsen. Die jetzt bestehenden Knoten erinnern an Xanthome, die dann allmählich ulcerieren. In letzter Zeit ist der Blutaustritt aus den Knoten geringer geworden und die Ulcerationen nehmen ab. Patient hat viel Durst und klagt über profuses Schwitzen. Die Untersuchung des Urins ergab nichts. Bayet hält das Bild für ein atypisches Xanthoma vulgare, auch Thomson dachte an Xanthom, doch zeigte das Mikroskop weder Tuberkulid noch Xanthom. Bayet bleibt trotzdem bei seiner Ansicht im Gegensatz zu Dubois-Havenith, während Lespinne die Diagnose auf eine Intoxikation wie Tuberkulose stellt und zu Blutuntersuchungen rät, wovon Bajet absolut keinen Beweis erwartet, selbst wenn sich Tuberkulose der Eingeweide fände. Dekeiser meint, daſs es sich um eine Trophoneurose handeln könne.

4. Dubois-Havenith zeigt ebenfalls einen **Fall zur Diagnose**. Es handelt sich um eine **Atrophodermie** bei einem 25jährigen Manne, welche anfangs für Syphilis gehalten und dementsprechend behandelt wurde, dabei entstanden Pigmentflecken der Haut und immer neue Erscheinungen, es zeigten sich Pigmente, die allmählich weiſs wurden und zu Atrophien führten, die Stellen waren weder schmerzhaft, noch juckten sie. Jedenfalls handelt es sich nicht um Syphilis.

5. Thomson-Brüssel: Ein Fall von **Roseola syphilitica in Verbindung mit Ikterus.** Letzterer trat etwa zehn Monate nach dem ersten Ausbruch des Exanthems auf, Patient war bisher unbehandelt! Spezifische Behandlung brachte bald Heilung.

6. Bayet zeigt einen Fall von **Ikterus** mit gleichzeitiger **Pityriasis rosea Gibert** im Anschluſs an den Thomsonschen Fall, wo die Diagnose schwer zu stellen war, der Ikterus war zuerst aufgetreten, von Lues war keine Rede.

7. Bayet zeigt einen Kranken mit **Neurofibromen** und

8. einen **doppelten Schanker** der Zunge, der an Epitheliom oder Gumma erinnert. Das Auftreten der Roseola bestätigte die Diagnose.

9. Einen Fall von **Sarcomatosis haemorrhagica multiplex.** Die Tumoren haben sich unter dem Einfluſs von Arseninjektionen sichtlich verkleinert. Bayet erinnert dabei an zwei von ihm früher vorgestellte Fälle derselben Krankheit.

Morelle-Brüssel stellt vor:

1. Ein **Epitheliom** im Gesicht bei einem scheinbar früher Lupösen.

2. Einen Fall von **Acne hypertrophica** der Nase, der durch Exzision schön geheilt ist.

3. Spricht Morelle über die **Klassifizierung der Hautkrebse**, indem er auf die Arbeiten von Krompecher und Darier näher eingeht, Morelle zieht die Einteilung des letzteren vor, schlägt aber selbst folgende Einteilung vor:

I. Epithelioma spinocellulare. A. Typus suferficialis (Epithelioma papillare). B. Typus profundus (Epithelioma cancroidale). II. Epithelioma basocellulare. Typus ordinaire. a) Epithelioma planum superficiale, b. Epithelioma ulcerosum, Ulcus rodens, c. Epithelioma cylindroma. Mehrere Beispiele werden zur Erklärung vorgeführt.

Nr. 3.

Sitzung vom 13. Mai 1906.

Dubois-Havenith stellt vor: Einen Fall von **generalisiertem Xanthelasma** bei einem dreijährigen Kinde, jedenfalls eine groſse Seltenheit sowohl wegen seines frühen Auftretens als auch wegen seiner groſsen Ausbreitung. Die Natur des Xanthelasma ist noch unaufgeklärt, auch dieser Fall gibt keine Aufklärung.

Duhot-Brüssel zeigt: 1. Eine **Glossitis syphilitica parenchymatosa,** die während der Sekundärperiode auftrat als eine Früherscheinung der Tertiärperiode. Die Zunge ist stark geschwollen, der Rücken zerklüftet und gelappt, hart, der Patient hat das Gefühl, als habe er eine Zunge von Holz. Solche Zungen machen der Therapie groſse Schwierigkeiten, Pillen und Inunktionen sind meist machtlos und nur Injektionen von grauem Öl oder noch besser von Kalomel haben gute Erfolge aufzuweisen.

In der Diskussion bestreitet Lespinne, daſs es sich um eine Tertiärerscheinung handelt, er hält die oberflächlichen Läsionen auf der Zunge für Produkte von Papeln, für eine Hypertrophie der Papillen, er vermiſst die tiefen Einschnitte, welche die tertiäre Zungensklerose charakterisieren. Derselben Ansicht ist auch Asselbergs. Dagegen weist Duhot auf die Erfolglosigkeit der langen Behandlung hin, was gegen die Auffassung der Vorredner spreche. Lespinne hält dieses nicht für beweisend, auch bei sekundären Erscheinungen treffe man öfters hartnäckigen Widerstand gegen therapeutische Maſsnahmen an. Dubois-Havenith glaubt, daſs die fortgesetzte Behandlung in die Natur des Leidens Licht bringen wird. Poirier weist darauf hin, daſs diese Art von Zungenerkrankung schon als Glossitis secundaria beschrieben worden ist. Asselbergs ist überzeugt, daſs Injektionen von Kalomel hier gute Resultate geben werden, dieser Ansicht schlieſst sich Lespinne an.

2. **Eine Hemiplegie syphilitischen Ursprungs,** behandelt mit Grauenölinjektionen, nachdem 56 Inunktionen erfolglos gewesen waren. Nach sieben Injektionen von 0,14 %igem Öl wöchentlich schwanden die Erscheinungen; ein Beweis für die Überlegenheit der Injektionen.

Diskussion: Dubois-Havenith betont, daſs oft die Inunktionen denselben Effekt haben, wo Injektionen versagen.

Poirier bestätigt dieses nach seinen Erfahrungen.

L. Dekeyser bemerkt, es komme auch sehr darauf an, wie die Schmierkur gehandhabt werde.

LESPINNE: Alle Anwendungsweisen haben ihre Vorteile und Nachteile, man mufs von Fall zu Fall sehen, welche am besten am Platze ist.

DUHOT hält die Pillenkur für die schlechteste Form um Quecksilber einzuverleiben, was LESPINNE bestreitet, während DUBOIS-HAVENITH nochmals für die richtig ausgeführte Schmierkur eine Lanze bricht und betont, dafs das graue Öl nicht immer ungefährlich ist.

DUFOUR bespricht einen Fall von **Blastomykose**, den er schon in der vorigen Sitzung gezeigt hat. Der Tumor ist exstirpiert, der Grund ausgekratzt und kauterisiert. Der Kranke wurde nach 14 Tagen entlassen. Der Tumor zeigt histiologisch den Typus eines Epithelioms. Der Kranke kam bald wieder mit Rezidiven, vor vier Tagen mufste ihm der rechte Arm abgenommen werden.

DUHOT spricht dann über die modifizierte **Spritze** von BARTHÉLEMY für Injektionen von grauem Öl. Die Änderung verfolgt den doppelten Zweck, einerseits eine Erleichterung im Aufsaugen des grauen Öls bei Verwendung nur einer Hand, andererseits eine leichtere Reinigung der Spritze und der Nadel.

Nr. 4.

Sitzung vom 8. Juli 1906.

ASSELBERGS stellt einen **Fall zur Diagnose** vor. Die Krankheit begann vor zwei Jahren mit einem grofsblasigen Exanthem, welches 15 Monate lang stets Nachschübe zeigte und zwar besonders an Druckstellen, Ellenbogen, Knie, Fufs und Händen. Es begann mit schwach rot bis violetten Knötchen, später erschien eine gelbe Verdickung. Die Knoten gingen ineinander allmählich durch Wachstum über, es entstanden in ihnen Exsudate, schliefslich entstanden Ulcerationen, Eiterungen und bei der Heilung blieben Narben zurück. Einzelne Knoten bildeten sich ohne Eiterung zurück. BAYET hielt es für Xanthom. Die Behandlung bestand anfangs in einigen kleinen Kauterisationen, die aber nutzlos blieben, dann wurden Kalomelinjektionen angewandt. Der Erfolg war überraschend, die Affektionen schwanden, Nachschübe unterblieben. ASSELBERGS hält die Diagnose Xanthom für richtig. Ebenso in der Diskussion BAYET und CRUYL.

MORELLE zeigt einen Kranken, welcher ein kolossales **Kankroid** des Gesichts gehabt hatte. Es wurde die Exstirpation gemacht und dann transplantiert. Das kosmetische Resultat ist sehr befriedigend. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.

1906. Heft 3.

Wie hat man das Vorkommen der Spirochaeta pallida HOFFMANN bei der Syphilis aufzufassen? von CAMPANA. Der Verfasser verhält sich gegenüber der Spirochaeta pallida aufserordentlich skeptisch, soweit es sich nämlich um einen spezifischen Pilz handeln soll. Er ist der Ansicht dafs die Phantasie eine bedeutende Rolle gespielt hat bei der Beurteilung jener Gebilde, die man als Spirochaeta pallida bezeichnet hat, indem in den Präparaten die man dem Verfasser gezeigt, wohl einige Parasiten die Gestalt, nicht aber alle charakteristischen Merkmale der Spirochaeta pallida haben. Seine Kulturversuche auf den verschiedensten Nährböden sind alle negativ ausgefallen.

Vergleichende Untersuchungen über das Verhalten der Temperatur unter dem Einflusse des Tuberkulins A, des Adrenalins, des Morphiums bei Tieren mit lädiertem zentralem Nervensystem, von CERONE. Die Ergebnisse seiner Experimente sind in Tabellen zusammengefafst.

Urticaria simplex; Furunkel des linken Beines, von Pietrangelo. Bei dem 26jährigen sonst gesunden Manne entwickelte sich einige Tage nach dem Auftreten eines kleinen Furunkels an einem Beine eine sich über beinahe den ganzen Körper verbreitende Urticaria. Gestützt hierauf nimmt der Verfasser an, dafs die letztere septischer Natur war.

Einige Bemerkungen über die Behandlung der Psoriasis, von Campana. Der Verfasser referiert über 57 Fälle von Psoriasis, die er innerhalb 12 Jahren an der Klinik in Rom beobachtet hat. In einem dieser Fälle, der allen anderen therapeutischen Mafsnahmen getrotzt hatte, wich die Affektion erst der Anwendung von Sublimatbädern, die nach der Ansicht des Verfassers in antiparasitärer Richtung gewirkt hatten. Dies soll denn auch die parasitäre Theorie der Psoriasis indirekt unterstützen.

Syphiloderma serpiginosum terebrans, von Pulvirenti. Die beiden Fälle, die hier beschrieben werden, zeichnen sich aus durch die grofse Ausbreitung und Tiefe der Eruption, welche nur durch die kombinierte chirurgische und spezifische Behandlung zur Heilung geführt werden konnte.

Scabies im Verlaufe eines in Heilung begriffenen Ekzems, von Alessandrini. Bietet nichts besonderes; ein gewisses Interesse bietet blofs die Kombination der verschiedenen ätiologischen Momente in der Entstehung der Eruption.

Tinea achorion, von Giac. Quarta. Lokalisation auf der ganzen Kopfhaut mit einigen Effloreszenzen am Halse und an den Gliedmafsen. Heilung nach fünf Monate langer Behandlung (Epilation, Teer, Sublimatwaschungen).

Einen „seltenen Fall" beschreibt Quarta. Bei einer 19jährigen verheirateten Frau führte eine blenorrhoische Infektion zu einer ganzen Reihe von Komplikationen: hysteroide Anfälle, eruptive Erscheinungen auf der Haut in Gestalt einer phlyktenulären Eruption in der Umgebung der Kniegelenke; aufserdem wurde eine beginnende Syphilis konstatiert; rekurrierende Neuritis.

1907. Heft 1.

Leistungen und Aussichten einer dermatologischen Universitätsklinik. Eröffnungsrede bei der Übergabe des neuen dermosyphilopathischen Poliklinikums Umberto I., von Campana. Redner gibt eine Übersicht der Leistungen an der Klinik und Poliklinik der kgl. Universität und bespricht dann im einzelnen einige Affektionen die er ganz besonders zum Gegenstande seiner Forschungen gemacht hat (Favus, Herpes tonsurans, Tuberkulose usw.). Bei derselben Gelegenheit vergifst er nicht, der Spirochätentheorie, die er keineswegs für erwiesen hält, einen Hieb zu versetzen. Am Schlusse wird der Erinnerung an gewisse berühmte Männer die gebührende Ehre gezollt.

Über die Natur des einfachen kontagiösen Geschwürs, von Terzaghi. Der Verfasser hat die Spezifizität des Ducrey-Unnaschen Bacillus untersuchen wollen und kommt zu dem Resultate, dafs der spezifische Pilz der Ulcus molle kein einheitlicher Bacillus ist, sondern dafs der letztere unter verschiedenen Formen auftreten kann.

Trichophyton tonsurans der Hände, von Campana. Die Affektion erstreckte sich im Verlaufe von sechs Jahren über die ganze Palmarfläche beider Hände, zuerst als Erythem, dann als erythematös-squammöse Eruption; die Nägel waren ebenfalls befallen, zwar nur oberflächlich aber in weiter Ausbreitung; sie waren verdünnt, glatt, glänzend, stellenweise mit weifslichen Streifen oder rundlichen Flecken besetzt, an welchen Stellen der Nagel von der Unterfläche abgelöst war. Subjektive Beschwerden verursachte die Affektion sozusagen keine, auch erwies sie sich als sehr wenig ansteckend.

Über die Schwierigkeiten bei der Behandlung der syphilitischen Psoriasis sowie anderer syphilitischer epidermolytischer Erscheinungen an den Handtellern und Fufssohlen, von Campana. Die Langsamkeit in der Wirkung der thera-

peutischen Eingriffe bei diesen speziellen Lokalisationen der Lues soll nach der Theorie des Verfassers darauf beruhen, daſs das Quecksilber nicht direkt auf die Epidermolyse wirkt, sondern zuerst die spezifisch-infektiösen Herde in der Nachbarschaft beeinfluſst, so daſs die erkrankten Partien der Palmae und Plantae nicht mehr unter diesem Einflusse des Giftes stehen, welches seine schädliche Wirkung teils direkt, teils durch Entzug der Nährstoffe bekundet hatte. *C. Müller-Genf.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Bd. XII. Oktober 1906.

Ecthyma mycoticum? von Prof. Selenew. Das klinische Bild des beschriebenen Falles bot nichts Besonderes dar, denn es wurde geliefert durch eine gewöhnliche, etwa zehnkopekenstückgroſse Ecthymapustel mit entzündetem Hof bei einem 23jährigen Veterinär auf dem rechten Glutaeus. Auch die Schwellung der rechten Inguinaldrüse war nicht ungewöhnlich. Bei mikroskopischer Untersuchung des Pustelinhaltes durch Färbung in einer Mischung von Eosin-Azur II in Methylenalkohol fand sich aber ein Parasit von strahlig-blattartiger Form und schwach grauer bis schwarzer Farbe, der Ähnlichkeit vom Aktinomyces hat. Nebenbei fanden sich aber noch rundliche Körperchen. Verfasser wirft nun die Frage auf, ob es sich um einen oder mehrere Parasiten handelte und ob diese pflanzlicher oder tierischer Art seien. Er glaubt, daſs es sich um einen Parasiten von pflanzlicher Natur handele.

Das November- wie Dezemberheft 1906 sind noch nicht erschienen.

Bd. XIII. Januar 1907.

I. **Onychia blastomycotica,** von Prof. Selenew. Beschreibung eines Falles von Blastomykose der Nägel bei einer Lehrerin, wobei die Erkrankung ganz allmählich, im Laufe von etwa fünf bis sechs Jahren, von dem einen Nagel zum anderen sich weiterverbreitet und, wie die Röntgenaufnahme zeigt, auch schon zu Strukturveränderungen im dritten Phalangealknochen geführt hat. Wie die mikroskopische Untersuchung zeigte, rühren die Veränderungen von einem pflanzlichen Parasiten her, vom Typus der Hefepilze (Onychia blastomycotica). Die Krankheit ist augenscheinlich infektiös.

Eine Abbildung der Moulagen dieses Falles soll in der *Ikonographia dermatologica* erscheinen.

II. **Ein Fall von multipler Absceſsbildung bei einem elfjährigen Mädchen,** von Lustwerk. Die Kranke ging an Septikämie ein.

III. **Thigenol bei Erysipel,** von Scherbakow. Empfehlung von Thigenol als Salbe (16%ig) oder mit Glycerin 10,0 : 50,0 bei Rose, aber auch bei nässendem Ekzem und bei Pemphigus nach Platzen der Blasen.

IV. **Über den Erreger der Syphilis,** von Ehrlich-Petersburg. Die Schluſsfolgerungen des Verfassers lauten:

1. Die Spirochaeta pallida oder das Treponema pallidum Schaudinn (1905) ist ein ständiger Begleiter aller syphilitischen Produkte, deren virulente Natur auch klinisch völlig klar ist.

2. Der Spirochaeta pallida am nächsten steht dem äuſseren Ansehen nach die Spirochaeta refringens, welche aber von der ersteren unterschieden werden kann.

3. Das Vorkommen typischer Spirochaeta pallida in nicht syphilitischen Produkten ist noch nicht bewiesen.

Hinsichtlich des Cytorrhyctes luis Siegel kann Verfasser bloſs sagen, daſs sich in einzelnen Präparaten zweifelloser Lues neben typischen Spirochäten Gebilde finden, wie sie von Siegel beschrieben werden.

V. **Zwei Fälle von professioneller syphilitischer Infektion. Syphilis insontium,** von Kudisch-Kiew. In dem einen Falle handelte es sich um einen Fingerschanker bei einer Hebamme, in dem anderen um zwei Oberlippenschanker bei einem Studenten, letztere anscheinend entstanden durch allgemeinen Gebrauch eines Glasröhrchens im chemischen Laboratorium, wo er arbeitete.

VI. **Talalgia blennorrhoica chronica,** von Eudokimow. Beschreibung eines Falles von sehr chronisch verlaufender Achillodynie im Anschluſs an Tripper bei einem 25jährigen Manne. Nach Selenew, in dessen Klinik der Fall beobachtet wurde, gehört die Telalgie so gut wie ausschlieſslich zu den Tripperkomplikationen und ist als solche gar nicht so selten.

Bd. XIII. Februar 1907.

I. **Dermatomykosis oder Dermatotripanosomiasis faciei varioloides?** von Selenew. Wiederum lenkt Verfasser die Aufmerksamkeit auf die Schimmelpilze als mögliche Ursache gewisser Hautkrankheiten auf Grund folgenden Falles. Bei einem 25jährigen Manne traten bald, nachdem er eine feuchte Wohnung bezogen hatte, auf der linken Gesichtshälfte Blasen, Pseudoabscesse von deutlich gelber Farbe und Borken, teils durchsichtig goldgelbe, teils halbdurchsichtig graugelbe und hämorrhagische auf. Das Allgemeinbefinden war nicht gestört. Mikroskopisch fanden sich in dem Pustelinhalt teils goldgelbe, kleine, rundliche und viereckige vegetabilische Zellen und baumartige Verzweigungen von Schimmelpilzen, teils Gebilde, die gröſsere Ähnlichkeit mit den niedrigsten Lebewesen aus der Klasse der Mastigophoren (Flagellaten) hatten. Bei Aussaat auf Ascitesagar erhielt man graue, ringförmige Kolonien, welche aus kleinen kokkenartigen, glänzend grünen Gebilden bestanden, die in homogene Klumpen zusammenflossen. Später entwickelte sich eine schwarze Schimmelkultur.

Bei Überimpfung auf ein Kaninchen, durch Einreiben einer Kultur in die erodierte Haut, wurde ein positives Resultat erhalten, indem sich ein Pseudoabsceſs entwickelte, der mikroskopisch die beim Kranken gefundenen verschiedenartigen Gebilde aufwies.

Verfasser läſst die Frage offen, womit man es im beschriebenen Falle zu tun hat, vermutet aber eine gemischte Infektion mit teils einem vegetabilischen Parasiten von der Form der Schimmelpilze und teils einem niedrigen Lebewesen von dem Typus der Trypanosomen, die beide durch den Biſs einer Spinne übertragen worden sein konnten.

II. **Ein Fall von Porokeratosis Mibelli,** von Himmel-Kasan. Bei einem an Peritonitis zugrunde gegangenen 38jährigen Manne wurde bei der Sektion eine Hautveränderung entdeckt, die sich in systemlos über den ganzen Körper zerstreuten, hellgrauen und hellbraunen, derben Efflorescenzen aussprach. Bei der mikroskopischen Untersuchung ergab sich der interessante und charakteristische Befund, daſs das Zentrum des hyperkeratotischen Fokus mit dem Ausführungsgang der Schweiſsdrüsen zusammenfiel. Die verhornten Zellen waren in Gestalt exzentrischer Wucherungen gelagert. Diese, wie alle sonstigen Veränderungen der Epidermis und der Cutis entsprachen dem von Mibelli unter dem Namen Porokeratosis beschriebenen Bilde. Verfasser stimmt letzterem bei, daſs, entgegen der Behauptung von Truffi, die stärksten Veränderungen in der Epidermis ihren Sitz haben.

III. **Ein Fall von Herpes zoster facialis,** von Kudisch-Kiew. Der Herpes zoster betraf Stirn, Wangen und Nase und entsprach folgenden Nervenästen: dem N. frontalis, maxillaris sup., ethmoidalis und infraorbitalis.

IV. **Ein Fall von Angina Ludovici, der genas,** von Lustwerk.

V. **Über extragenitale Syphilisinfektion,** von Sarubin. Unter 5305 vom Verfasser insgesamt beobachteten Syphilisfällen sah er 47 extragenitale Schanker,

was 0,88% ausmacht. Anders gestaltet sich aber das Verhältnis, wenn er die von ihm beobachteten harten Schanker allein berücksichtigt, da kamen nämlich auf 869 genitale 47 extragenitale Sklerosen, was für die letzteren 5,4% ergibt. Von den 47 extragenitalen Schankern betrafen 31 das männliche (darunter 12 Knaben) und 16 das weibliche Geschlecht (darunter 5 Mädchen). Am häufigsten, nämlich in 17 Fällen, handelte es sich um Tonsillarschanker, nächstdem in 11 Fällen um Lippenschanker, ferner in 8 Fällen um Fingerschanker, in 5 Fällen um Bauchschanker, in 3 Fällen um Mammaschanker und in je einem Falle um einen Schanker auf dem behaarten Kopf, auf dem Nasenflügel und auf dem Gliede bei einem Neugeborenen.

Der Infektionsmodus blieb in einer großen Reihe von Fällen total unaufgeklärt, als wahrscheinlich häufigste Übertragungsart scheint der Kuß angesehen werden zu müssen und zwar von seiten kranker Prostituierter und Kinder.

VI. **Ein Fall von blennorrhoischer Arthropathie mit Veränderungen der Knochen,** von Hefter. Aus der Selenewschen Klinik berichtet Verfasser über einen Fall von Tripperrheumatismus, wobei sich aber bei Röntgenaufnahmen ergab, daß sich an den Epiphysen der metakarpalen und phalangealen Knochen dunkle Flecke zeigten, die auf eine Rarifikation dieser Knochen hindeuten, wie ähnliches von Kienböck beschrieben worden ist.

VII. **Abolitionismus oder Reglementierung der Prostitution,** von Moskalew-Rostow a. D. Eine literarisch-kritische Betrachtung, in der sich Verfasser für Reglementierung ausspricht. *Arth. Jordan-Moskau.*

Bücherbesprechungen.

Die Praxis des Chemikers bei Untersuchung von Nahrungs- und Genußmitteln, Gebrauchsgegenständen und Handelsprodukten bei hygienischen und bakteriologischen Untersuchungen, von Fritz Elsner. (Leopold Voss, Hamburg 1907.) Die erste Auflage dieses umfangreichen Werkes erschien 1880, heute liegt bereits die achte Auflage vor, ein Zeichen, daß dieses arbeitsame Werk den ungeteilten Beifall aller Interessenten gefunden hat; es ist vor allem an die Apotheker gerichtet. Es soll denjenigen Pharmazeuten, welche das Staatsexamen absolviert haben, eine Richtschnur für ihre weitere Ausbildung, ein Führer bei ihren ferneren Arbeiten sein. Das Buch ist aus der Praxis heraus für die Praxis geschrieben und enthält viele Winke und Ratschläge, die mehr für das Leben als für die Wissenschaft bestimmt sind. Die neue Auflage ist in reichstem Maße vermehrt und verbessert unter Mithilfe von Dr. H. Haupt, der die Durchsicht und Neubearbeitung der Kapitel: Stoffwechsel und Ernährung, Grundmethoden, Fleisch- und Fischkonserven, Eier, Fette, Milch- und Molkereiprodukte übernahm. Die Bearbeitung der neuen Auflage selbst ist nach den bisher bewährten Grundsätzen nach derselben Einteilung erfolgt, mit Berücksichtigung der wichtigsten Literatur. Der technische Teil, die Prüfung der Gebrauchsgegenstände, ist wesentlich erweitert. Die Ausstattung von der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss ist eine würdige, der Druck gut, die 194 Abbildungen sind ebenfalls zu loben. Die achte Auflage reiht sich würdig ihren Vorgängern an und so ist es zu erwarten, daß die Beliebtheit des mit großem Fleiße durchgearbeiteten Werkes sich auch weiter bewähren wird. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ikonographia Dermatologica, von ALBERT NEISSER und EDUARD JACOBI. Heft II. Tafel 9—16. (Urban & Schwarzenberg, 1907.) Das neue Heft enthält acht Tafeln seltener Fälle, und zwar sind es folgende:

1. EHRMANN-Wien: Lichen, Ekzema scrophulosorum et Lichen atrophicans in scrophuloso cum depigmentatione.
2. W. HEUCK-Berlin: Acrodermatitis atrophicans cum sclerodermia.
3. JACQUET-Paris: Oedema ingens ac subitum brachii.
4. KLINGMÜLLER-Kiel: Lues verrucosa et jododerma.
5. POSPELOW-Moskau: Tumor cutis keratoangiomatosus (Keratoangioma).
6. W. SCHMIDT-Frankfurt: Urticaria perstans.
7. THIBIERGE-Paris: Lymphangioma capillare xanthelasmoides.
8. v. ZUMBUSCH-Wien: Casus pro diagnosi.

Den geradezu vollendeten Abbildungen ist jedesmal eine kurze Beschreibung des Falles beigefügt; der letzte Fall ist von KAPOSI als Lichen ruber moniliformis beschrieben worden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Blennorrhagie (seltene und wenig bekannte Formen), von LOUIS JULLIEN. (Paris 1906, Baillière et fils.) J. hat im Jahre 1905 im Krankenhause Saint-Lazare sechs grofse Vorträge gehalten über die moderne Auffassung der Blennorrhoe, abnorme Lokalisierungen der Blennorrhoe („blennorragies aberrantes"), Blennorrhoe der Kinder, nicht blennorrhoische Katarrhe der Urethra („blennorroides"), blennorrhoische Geschwüre, und Blennorrhoe, die zum Tode führt. Die Vorträge wurden von BELGODÈRE niedergeschrieben und liegen nun gesammelt und mit ausführlichen Literaturangaben versehen in Form eines kleinen Heftchens vor. Sie zeugen von ungemein reicher persönlicher Erfahrung des Verfassers und von vollkommener Beherrschung des Stoffes und enthalten eine Fülle wissenswerter und interessanter Einzelheiten, in ihrer Form sind sie dank dem glänzenden Stile, der J. zu eigen ist, Kunstwerke; ihre Lektüre bedeutet Genufs und Gewinn. *Götz-München.*

Handbuch der Hautkrankheiten, herausgegeben von FRANZ MRAČEK. 20. Abteilung. (Alfred Hölder, Wien 1906.) In der vorliegenden Abteilung behandelt H. C. PLAUT-Hamburg das Kapitel der Dermatomykosen. Er beginnt mit botanischen Vorbemerkungen und läfst eine Zusammenstellung der Technik der Hyphomycetenzüchtung und eine geschichtliche Übersicht über die pflanzen-parasitären Hautkrankheiten folgen, um dann den Favus, die Trichophytie und die Pityriasis versicolor ausführlich und von 50 Abbildungen unterstützt zu besprechen. Es mag wohl genügen, darauf hinzuweisen, dafs PLAUT auf Grund seiner eigenen grofsen Erfahrungen und Forschungen unter Berücksichtigung der diesbezüglichen Literatur ein umfassendes Bild von dem heutigen Wissen auf diesem Gebiete gibt. *Schourp-Danzig.*

Mitteilungen aus der Wiener Heilstätte für Lupuskranke, von EDUARD LANG. I. Folge. (Josef Šafář, Wien 1907.) I. **Ein Hängestativ für röntgentherapeutische Zwecke,** von ALFRED JUNGMANN. Um der Röntgenröhre rasch jede beliebige Stellung geben zu können, ist sie an einem Schienensystem angebracht, welches an der Zimmerdecke befestigt wird. Mittels einer Brücke rollt der Apparat in Längs- und Querrichtung. Ein Zug mit Gegengewicht, wie an einer Hängelampe, ermöglicht jede gewünschte Höhe. Endlich ist der Griff der Röntgenröhre mit einem Kugelgelenk versehen, so dafs eine Drehung der Röhre nach allen Richtungen geschehen kann.

II. **Neuerungen im technischen Betrieb der Finsenmethode,** von ALFRED JUNGMANN. Die Drucklinse ist mit einem drehbaren Ring ausgestattet, welcher den

Fingerformen angepaſste Rinnen besitzt. Dadurch wird das Halten der Drucklinse erleichtert und den Fingern ein Schutz gegen die Lichtstrahlen geboten. —

Weiterhin gibt J. ein Modell automatischer Drucklinsen an, welches mit Zahntrieb versehen ist und ein Kissen, das als Widerlager dient. Abbildungen veranschaulichen die Anwendung dieser Apparate.

III. **Über Röntgenbestrahlung der Ovarien in der Schwangerschaft**, von Ottfried O. Fellner-Wien und Friedrich Neumann. Nach den Bestrahlungen von Ovarien von 16 trächtigen Kaninchen ergab sich eine Degeneration des eireifenden und des sekretorischen Parenchyms des Ovariums; zugleich trat mit dieser Degeneration, falls nach Einnistung des Eies bestrahlt wurde, ein Rückgang der Gravidität ein.

IV. **Ärztlicher Bericht aus der Wiener Heilstätte für Lupuskranke über das Jahr 1905**, von Alfred Jungmann. Von 148 der Lichtbehandlung unterzogenen Lupuskranken wurden 35 Patienten geheilt, 20 fast geheilt, 31 sehr gebessert; die anderen waren teilweise gebessert oder hatten sich der weiteren Behandlung entzogen. Wenn die Lichtbehandlung für die Patienten das Angenehme mit sich bringt, daſs die Berufstätigkeit nicht unterbrochen wird, so verlangt sie aber auch, daſs der Kranke in konstanter ärztlicher Beobachtung verbleibt, um bei dem leisesten Rezidivverdacht die Belichtung wieder aufnehmen zu können. Von groſser Bedeutung ist hierbei die absolute Gefahrlosigkeit der Lichtmethode. Niemals sind durch die Finsentherapie Schädigungen hervorgerufen worden.

Eine Kontraindikation gegen das Lichtverfahren erblickt der Verfasser in schweren, unheilbaren tuberkulösen Affektionen allgemeiner Natur und bei allerschwersten, ungemein ausgedehnten lupösen Herden, bei welchen eine völlige Heilung unmöglich ist.

Bei Lupus erythematosus glaubt J. in den infiltrierten Formen eine günstigere Prognose für die Lichtbehandlung finden zu können als in den atrophischen und zur baldigen Vernarbung neigenden. Niemals sah er eine Verschlechterung durch die Lichtreaktionen. Er sieht in der Lichtbehandlung des Lupus erythematosus einen Heilversuch.

Ebenfalls im Versuchsstadium befindet sich heute noch ganz die Radiumtherapie des Lupus vulgaris und erythematosus. Die Röntgentherapie leistet bei dem Lupus vulgaris oft gute Dienste als Vorbehandlung für das Lichtverfahren, z. B. bei den voluminösen, wulstigen Lippen mancher Kranker.

V. **Okulistischer Bericht aus der Wiener Heilstätte für Lupuskranke über das Jahr 1905**, von Moritz Sachs. *Schourp-Danzig.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Ein Fall von blennorrhoischer Allgemeininfektion, von Siebelt-Bad Flinsberg. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 1.) Ein mittelkräftiger Mann erkrankt unter Schüttelfrost, rechtsseitigem Brustschmerz und trockenem Husten. Lungenbefund minimal. Nach zwei Wochen dauernder leichter Fieberbewegung stellten sich Schmerzen im rechten Oberarm ein, als deren Ursache eine allmählich sich vergröſsernde Infiltration der

Gewebe nach innen vom Bicepsrande erkannt wird. In dem nach Probepunktion gewonnenen Eiter fand Verfasser massenhaft Gonokokken. Patient gab zu, sich vor einigen Monaten blennorrhoisch infiziert zu haben; aus der Harnröhre entleerte sich nur sehr wenig Ausfluſs, in den spärlichen Harnfäden wurden vereinzelte Gonokokken nachweisbar. Nach breiter Eröffnung und Entleerung des Abscesses trat sofort Entfieberung und relatives Wohlbefinden ein. Lokal erhielt der Kranke Injektionen von Zincum sulfuricum und Flores zinci. (Ein Silberpräparat war wohl angezeigt! Ref.) Am vierten Tage nach der Inzision trat wiederum unter Schüttelfrost und Fieber beträchtliche Schwellung der rechtsseitigen Leistendrüsen und eine rechtsseitige trockene Rippenfellentzündung ein; die Gegend des rechten Trochanter nahm das Aussehen an, als ob sich hier wiederum ein Absceſs bilde, die Probepunktion förderte jedoch nur wenige Tropfen blutigseröser Flüssigkeit zu Tage mit negativem mikroskopischem Befunde. Da medikamentöse und externe Behandlung mit Umschlägen erfolglos blieben, verordnete Verfasser dem Kranken Gonosan. Nach sechs Tagen war Patient fieberfrei, die Beschwerden verschwanden und die Genesung machte rasche Fortschritte. Verfasser zweifelt nicht, daſs er diesen günstigen Erfolg dem Gonosan verdankt, das hier nicht symptomatisch, sondern direkt kausal gewirkt habe.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Zur Statistik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrauen, von Erb-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 48.)

Zur Beurteilung der Erbschen Statistik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrauen, von Kopp-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 51.)

Zur Statistik der Blennorrhoe, von Kossmann-Berlin. (*Münch. med. Wochenschrift.* 1906. Nr. 51.)

Über die Häufigkeit des Trippers in Deutschland, von A. Blaschko-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 5.)

Zur Statistik des Trippers beim Manne und seine Folgen für die Ehefrauen, von Hans Vörner-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 5.) In den letzten Jahren ist nach Erb über die Häufigkeit des Trippers und seine Folgen für die Ehefrauen und die Nachkommenschaft sehr viel Übertriebenes und positiv Unrichtiges behauptet worden; speziell die bekannten Angaben Blaschkos über die Frequenz des Trippers unter der Berliner männlichen Bevölkerung hält Erb für durchaus willkürliche und falsche. Die statistische Methode, deren sich Blaschko und nach ihm Gruber bedienten, ist zur Ermittlung des objektiven Tatbestandes ganz unbrauchbar; für den einzig richtigen Weg dazu erachtet Erb die retrospektive Statistik, d. h. die anamnestische Feststellung vorausgegangener Blennorrhoen bei den Männern jenseits des 25.—40. Jahres. Erb hat eine solche retrospektive Statistik bei 2000 den gebildeten und wohlhabenden Klassen angehörigen Patienten seiner Privatklientel angestellt und gefunden, daſs nicht ganz 50% ein oder mehrere Male tripperkrank gewesen sind. Erb ist überzeugt, daſs in dieser Zahl die wirkliche Häufigkeit des Trippers in den sogenannten höheren Ständen ausgedrückt ist.

Ebenso übertrieben wie die Angaben über die Häufigkeit der Blennorrhoe sind nach den statistischen Erhebungen Erbs viele Mitteilungen über die Folgen des Trippers der Männer für die Ehefrauen, die Ehe und die Kinderzahl. Erb hat durch genaue Befragung festgestellt, daſs von 400 Ehefrauen, deren Männer vor der Verheiratung tripperkrank gewesen sind, 93,75% keine oder eine sicher nicht blennorrhoische Unterleibskrankheit aufweisen, 2% vielleicht und nur 4,25% sicher oder sehr wahrscheinlich blennorrhoisch erkrankt waren. Natürlich kam es bei dieser Statistik nicht auf die Ermittlung jeder, auch ganz leichten Tripperinfektion, sondern nur

der schwereren, entzündlichen und eitrigen Erkrankungen des Uterus und seiner Adnexe an. — Von 370 anscheinend gesund gebliebenen Frauen früher tripperkrank gewesener Männer hatten 252 = 68% zwei und mehr (bis zehn) Kinder, 74 nur ein Kind und 44 = 12% waren kinderlos; Einkinderehe und Kinderlosigkeit waren nicht selten absichtlich herbeigeführt oder durch andere Ursachen, nicht durch Blennorrhoe bedingt. Von den 25 erkrankten Frauen, deren Krankheiten aber sicher nicht alle blennorrhoischer Natur waren, hatten zehn je ein Kind, zwei hatten zwei, eine drei Kinder, elf waren kinderlos, von einer fehlt die Angabe. — Daſs die Frauen, deren Männer erst kurz vor der Verheiratung tripperkrank waren, besonders gefährdet sind, hat sich nicht herausgestellt.

Erb glaubt durch seine statistischen Untersuchungen, deren Ergebnisse er allerdings selbst noch nicht als abgeschlossen betrachtet, vorläufig festgestellt zu haben, daſs der Tripper auch nicht entfernt die groſse, die Gesundheit der Ehefrauen, das Glück der Ehen und die Volksvermehrung beeinträchtigende Bedeutung hat, die man ihm von manchen Seiten zuschreibt und zu agitatorischen Zwecken proklamiert. Das wichtigste Ergebnis scheint Erb vor allem zu sein, daſs doch der Tripper in den allermeisten Fällen heilbar ist und auch geheilt wird.

Kopp kann das unbedingte Vertrauen Erbs auf seine retrospektive, auf Anamnese begründete Statistik in keiner Weise teilen; er ist überzeugt, daſs die auf Tatsachenmaterial basierende Statistik Blaschkos immer noch ernste Beachtung verdient. Die Berechnungen Erbs über die Folgen der Blennorrhoe der Männer für die Ehefrauen sind sicher sehr anfechtbar; die leichteren Infektionen der Frauen (Endometritis cervicalis blennorrhoica u. dgl.) dürfen nicht unberücksichtigt bleiben, weil aus ihnen sich später doch noch recht schwere Unterleibsleiden entwickeln können. Im übrigen beweist auch die Statistik Erbs, daſs die Folgen der Blennorrhoe recht schwere sind; und der Optimismus Erbs ginge auch dann zu weit, wenn die Richtigkeit seiner Statistik über jeden Zweifel erhaben wäre.

Kossmann glaubt, daſs in den unteren Klassen der Groſsstadtbevölkerung der Prozentsatz der geschlechtlich infizierten Männer wenn auch nicht so groſs ist, wie Blaschko ihn schätzt, aber doch wesentlich höher angenommen werden muſs, als ihn Erb für seine Klientel berechnet. Die Statistik Erbs ist nach Kossmann durchaus unzuverlässig, ein Fehler, den sie übrigens mit allen derartigen Statistiken teilt. Namentlich die Zahl der von ihren Männern blennorrhoisch infizierten Ehefrauen hat Erb sicher viel zu niedrig angenommen; sie statistisch festzustellen ist nach Kossmanns Überzeugung überhaupt nicht möglich.

Blaschko hält die von Erb angewandte Methode der „retrospektiven“ Statistik für durchaus ungeeignet zur Ermittlung der wirklichen Frequenz der Blennorrhoe und Erbs Material für ein so eigenartiges, daſs die Ergebnisse der Statistik, auch wenn sie unanfechtbar wären, nicht verallgemeinert werden dürfen. Seine eigenen Berechnungen der Häufigkeit des Trippers sind, wie Blaschko ausführt, wissenschaftlich vollkommen einwandfrei; es liegen ihnen zahlreiche Statistiken und nicht, wie Erb anzunehmen scheint, nur die Berliner Enquete vom Jahre 1900 zugrunde. All diese Statistiken ergeben eine viel höhere Blennorrhoefrequenz als die anamnestische Umfrage Erbs. Die Ausführungen Erbs über die Gefährdung der Frauen durch vorausgegangene blennorrhoische Erkrankung ihrer Ehemänner enthalten sicher viel Beachtenswertes; doch ergibt Erbs statistische Methode auch bezüglich der Blennorrhoe der Frauen zu niedrige Ziffern. — Blaschko glaubt, daſs die Erbschen Zahlen seine eigenen Statistiken durchaus nicht diskreditieren können, daſs sie aber als Minimalziffern relativen Wert haben. Man man kann auf Grund der von Erb ermittelten Zahlen nicht sagen, daſs nur, wohl aber, daſs mindestens die Hälfte seiner männlichen Klientel einmal

an Blennorrhoe erkrankt war. Mit Hilfe der ERBschen Methode liefsen sich bei sorgfältig durchgeführten Erhebungen die Mindestziffern der Blennorrhoefrequenz für die verschiedenen Städte und Bevölkerungsschichten Deutschlands eruieren; diese Ziffern würden überall unter der Wirklichkeit liegen, sie wären aber zu Vergleichszwecken sehr geeignet.

VÖRNER will an einzelnen Beispielen zeigen, dafs auch die Angehörigen der „besseren" Stände in ihren Angaben über blennorrhoische Erkrankungen durchaus nicht zuverlässig sind. Auch die Zahl der durch ihrer Männer blennorrhoisch infizierten Frauen läfst sich durch Befragung allein nicht feststellen. *Götz-München.*

Über Fehlerquellen bei Gonokokkenuntersuchungen, von A. VON WAHL. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 42.) v. W. stellt folgende Bedingungen an eine einwandsfreie Untersuchung auf Gonokokken:

1. Das Untersuchungsmaterial mufs möglichst frisch sein, eventuell der Harn vor dem Untersucher gelassen und die Untersuchung sofort angestellt werden, da die Gonokokken im Sekret und im Harn innerhalb kurzer Zeit zugrunde gehen.

2. Mindestens drei Tage vor der Untersuchung darf keine Lokalbehandlung und zurzeit der Untersuchung keine interne Medikation stattgefunden haben. Bei Erteilung des Ehekonsenses fordert er ein Aussetzen der Behandlung von mindestens drei Wochen. Aus diesem Grunde verwirft er auch provokatorische Spülungen.

3. Es ist das Sekret aus der Harnröhre sowohl wie die Fäden zu untersuchen, da eventuell der vorderste Teil der Harnröhre Gonokokken enthalten kann, die in den Fäden nicht gefunden werden. Auf Untersuchung des Drüsen- und Prostatasekretes glaubt er verzichten zu können, da die Gonokokken stets nach Aussetzen der Behandlung an die Oberfläche kommen. (?) *Carl Schramm-Dortmund.*

Zur Cytologie des blennorrhoischen Eiters, von HANS L. POSNER-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 43.) Verfasser machte eingehende Untersuchungen des blennorrhoischen Eiters, und fand dabei in der Hauptsache etwa folgendes:

1. Vakuolen finden sich in polynukleären und uninukleären Leukocyten, und zwar in allen Stadien. Sie sind ein Zeichen stattgehabter Phagocytose; für Gonokokken sind sie nicht allein spezifisch, diagnostische Schlüsse erlauben sie nicht.

2. Uninukleäre basophile Zellen trifft man ebenfalls in jedem Stadium der Blennorrhoe an, auffallend zahlreich aber meist nur in den ersten Tagen der Erkrankung und in den sehr chronischen Fällen.

3. Auch Eosinophile kommen vereinzelt stets vor. Der Höhepunkt ihres Auftretens fällt in die vierte und fünfte Krankheitswoche. Ihr zahlreiches Auftreten spricht für echte Blennorrhoe.

4. Der Befund von Kugelkernzellen legt den Gedanken nahe, dafs entweder nie eine echte blennorrhoische Infektion bestanden hat oder dafs die Eiterung nicht mehr durch die Gonokokken allein, sondern durch andere Mikroorganismen oder Toxine im Gange gehalten wird. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Chronische Blennorrhoe, von RUDOLF MATZENAUER-Wien. (*Wien. klin. Rundschau.* 1907. Nr. 5.) Für die Diagnose der chronischen Blennorrhoe ist der positive Ausfall einer Gonokokkenuntersuchung beweisend; der einmalige oder mehrmalige negative Befund beweist aber nicht, dafs keine Blennorrhoe mehr vorhanden ist.

Man kann das Vorhandensein einer chronischen Blennorrhoe so lange annehmen, als die Tripperfäden sich makroskopisch durch ihre weifslichgelbe Farbe, durch klobige Verballungen und Bröckel, sowie durch ihr rasches Zubodensinken im Uringlas auszeichnen und damit ihren Eitergehalt zu erkennen geben, und so lange als dieses Sekret mikroskopisch einen reichlichen Gehalt an Eiterkörperchen, polynukleären Leukocyten mit fragmentierten Kernen aufweist. *Schourp-Danzig.*

Chronische Urethritis. Goutte militaire, von PILLET. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 23.) P. empfiehlt, wenn bei chronischer Urethritis der Pars anterior dauernd Gonokokken zu finden sind, 4—5 ccm Wasserstoffsuperoxydlösung (Wasserstoffsuperoxyd 12 Volumprozent 5,0—10,0 auf Aqua destill. 90,0) zu injizieren und mit Hilfe eines geeigneten kleinen Verbandes ein bis drei Stunden in der Harnröhre zu belassen. Er hat auf diese Weise Fälle zur Heilung gebracht, die jeder anderen Behandlungsmethode widerstanden.

Ist das Epithel der Urethra bereits verhornt, dann verordnet P. lokale Bäder, d. h. prolongierte Injektionen von ein- bis mehrstündiger Dauer mit folgender Lösung

Hermophenyl	
Protargol	ää 0,5—0,75
Glycerin.	0,3
Cocain. mur.	1,0
Aq. dest.	1000,0

Der Gehalt der Lösung an Hermophenyl und Protargol kann allmählich gesteigert werden. Bei interstitieller Infiltration der Harnröhrenwandungen mufs diesen Injektionen stets die Einführung eines grofsen dilatierenden Bougies und Massage vorausgehen.

Im übrigen enthalten die Ausführungen P.s nichts Neues. *Götz-München.*

Ein Fall von paraurethraler Blennorrhoe, von P. COHN-Bern. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 1.) Der an der Unterseite des Penis gelegene Gang wurde von JADASSOHN exzidiert und vom Verfasser histologisch untersucht. In das Cylinderepithel desselben waren zahlreiche Inseln von geschichtetem Pflasterepithel eingestreut. Dabei wurden Gonokokken nur auf und zwischen den Zellen des metamorphosierten Epithels gefunden, während das Cylinderepithel eine lokale Immunität zeigte. Dieser Befund steht in Einklang mit früheren Beobachtungen von JADASSOHN und BUMM über die Lagerung der Gonokokken an anderen Organen (Uterus, Conjunctiva).

Carl Schramm-Dortmund.

Ein Fall von chronischer blennorrhoischer Epididymitis, geheilt durch Epididymotomie, von DUHOT. (*Ann. de la Policlin. centr.* 1906. Nr. 12.) Ein 30jähriger Mann akquiriert eine akute Blennorrhoe, die eine akute Epididymitis zur Folge hat. Nach zwei Wochen gehen die akuten Erscheinungen zurück, es bleibt aber eine taubeneigrofse Geschwulst am Nebenhoden. Im Laufe der folgenden 18 Monate rezidiviert die Epididymitis dreimal, was den Verfasser veranlafste, den kranken Nebenhoden über dem Ligamentum scrotale breit zu spalten. Er fand dabei eine erbsengrofse Höhle, die mit gonokokkenenthaltendem Eiter gefüllt war. Dieselbe wurde tamponiert und nach acht Tagen trat vollkommene Heilung ein.

Verfasser glaubt, dafs die Epididymotomie einerseits in Fällen von akuten, mit grofsen Schmerzen und hohem Fieber verbundenen Nebenhodenentzündungen und andererseits in chronischen, zu öfteren Rezidiven Anlafs gebenden Fällen wohl angezeigt ist. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über die postblennorrhoische Wegsamkeit des Ductus epididymitis, von G. NOBL-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 38—40.) Bekanntlich hatte BAERMANN auf Grund einer Reihe von Untersuchungen die Behauptung aufgestellt, dafs es in einem grofsen Teil der Fälle zu einer Zerstörung des Vas epididymidis kommt und daher nur in seltenen Fällen zu einer Restitutio ad integrum des erkrankten Nebenhodens kommen kann. N. hat nun, um zu zeigen, dafs die BAERMANNsche Ansicht viel zu pessimistisch sei, bei 63 Patienten die Expression der Samenblasen vorgenommen, wobei nur in solchen Fällen der manuelle Eingriff ohne Ergebnis blieb, wo kurz vorher eine Ejakulation erfolgt war oder latent gebliebene krankhafte Ver-

änderungen der Prostata oder Samenblasen bestanden. Meist wurde bei der Massage das Sekret der Samenbläschen direkt aus der Urethra aufgefangen, nur wo der Compressor urethrae extrem involoviert wird, bleiben die ausgedrückten Sekretmengen im prostatischen Anteile zurück und werden mit der letzten Urinportion in Form der bekannten, grau durchscheinenden Perlen herausgeschwemmt. Nachdem N. damit den Beweis erbracht hat, daſs, von sehr vereinzelten Ausnahmefällen abgesehen, die manuelle Expression der Samenblasen bei jugendlichen Individuen ohne weiteres gelingt, hat er an 52 Epididymitiskranken den positiven Spermatozoenbefund an 42 ergriffenen Adnexen erheben können. Der seit der Erkrankung verflossene Zeitraum schwankte von zwei Monaten bis zu sieben Jahren. In einigen Fällen war die Durchlässigkeit des Kanals bereits vier bis sechs Wochen nach Ablauf der meist nicht zu schweren, ambulatorisch durchgemachten serösen Entzündung aus dem Zoospermiengehalt der dazu gehörigen Samenblase zu eruieren. Selbst in Fällen, wo der ascendierende Katarrh zu subakuten und chronischen Follikulärläsionen der Prostata geführt hatte, war die Spermaausfuhr oft in normaler Dichte vorhanden. Von den wegsam gebliebenen Organsegmenten zeigten die meisten den Typus der mit geringen Beschwerden einhergehenden, gewöhnlich afebril verlaufenden, zu mäſsiger Exsudation führenden Epididymitis mit nur geringer Beteiligung des Ductus deferens. Aber selbst bei sehr schweren, mit hohem Fieber und enormer Schwellung des Organs und entzündlicher Mitbeteiligung der Scheidenhäute einhergehenden Epididymitiden lieſs sich neun- resp. elfmal ein der Norm völlig entsprechender Spermatozoengehalt der exprimierten Ejakulatkomponente bei morphologischer Intaktheit der Zoospermien feststellen. Die physiologische Unversehrtheit ging auſserdem in zwei Fällen daraus zur Evidenz hervor, daſs zwei mit Residuen doppelseitiger Epididymitis behaftete Patienten trotz der schweren Entzündungsformen in der Ehe Kinder bekamen. Negativ fiel die Exploration in 23 Einzeluntersuchungen aus, welche sich auf 19 Individuen erstreckte. Die Expression betraf 16 erkrankte Organe, von denen vier Fälle ausgeschieden sind, die sich später als durchlässig erwiesen. Ferner ist die wiederholte Exploration ein und desselben Organs in die Bewertung des Ausfalles nicht mit einbezogen. Endlich ist noch eine Gruppe von Beobachtungen abzurechnen, in welchen kein Sekret zu gewinnen und die Funktionstüchtigkeit des Nebenhodens nicht mit Sicherheit auszuschlieſsen war. Es restieren demnach von 61 blennorrhoisch erhrankten Nebenhoden 13, bei denen die wiederholte Expression bezüglich des Spermatozoengehaltes negativ ausfiel. Doch konkurrieren hier nach N.s Ansicht eine Reihe von Momenten, welche nicht in ihrer Gesamtheit der spezifischen Erkrankung des Nebenhodens und seiner Umhüllungsschichten zur Last fallen. So sind nach Verfasser jene Fälle auszuscheiden, in denen die fortgeleitete Entzündung die intrapelvischen Adnexe des Genitaltraktes für die Aufnahme der Zoospermien unwirtlich macht. Die Zahl der Fälle, bei welchen der negative Spermatozoen nachweisbar mit subakuter oder residualer Prostatitis, Vesiculitis und Ampullenveränderungen einherging, die nicht gering ist, will Verfasser nicht für die Azoospermie allein verantwortlich wissen, da diese Trakte unter Umständen, selbst in alteriertem Zustande, noch Spermatozoen führen können. Endlich will Verfasser einen Fall von interstitieller Orchitis ausscheiden, da der Einfluſs der letzteren auf die Azoospermie seiner Meinung nach höher zu veranschlagen sei als der der blennorrhoischen Epididymitis auf die funktionelle Leistung der Ausführungswege. So kommt N. zu dem Schlusse, daſs die meist beobachtete Form der serösen Epididymitis nur ganz ausnahmsweise zu einer völligen Atresie des Ausführungsganges führt und selbst wiederholte Attacken derselben Krankheitsform nicht unbedingt zu einer Unterbindung der Samenausfuhr führen müssen. Sitz, Ausdehnung und Massenhaftigkeit der Infiltration und Lagerung der organisierten Exsudat-

massen bei der nachträglichen Schrumpfung sind hierbei entscheidend. Selbst bei der schweren, phlegmonösen Varietät der Beobachtungen bleibt in einem namhaften Bruchteil die funktionelle Integrität des Kanals erhalten. Demnach ist nach Verfasser die Prognose der blennorrhoischen Epididymitis bei weitem günstiger, als Baermann sie stellen will. Selbst bei den von Hause aus stürmisch und schwer einsetzenden, zu periglandulärer resp. perikanalikulärer Einschmelzung führenden Epididymitisformen sind die Aussichten nach Verfasser nicht so ungünstig, wie sie Baermann hinstellt, der in solchen Fällen sogar die Resektion des Nebenhodens für berechtigt hält, da selbst für die am schwersten verlaufenden Entzündungsformen die Möglichkeit einer postblennorrhoischen Wegsamkeit nicht von vornherein auszuschliefsen ist.

Putzler-Danzig.

Zur Therapie der Prostatitis blennorrhoica, von W. Lüth - Thorn. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 10.) Die erfolgreichste Methode der Behandlung der Prostatitis, bestehend in Massage und Spülungen mit baktericiden Lösungen, versagt oft in Fällen von sogenannter parenchymatöser Prostatitis, wo die Vorsteherdrüse erheblich vergröfsert, gleichmäfsig fest, elastisch bis hart erscheint und kein Sekret — auch bei Massage — am Orificium externum liefert. Verfasser empfiehlt nur zur Behandlung solcher Fälle das Fibrolysin.

Er spritzt alle vier bis fünf Tage je eine Ampulle Fibrolysin (Merck) in die Glutäen ein, und schon nach der ersten Injektion betonen die Patienten, dafs der Stuhlgang leichter erfolgt; bei der Palpation fühlt sich die Drüse etwas weicher an und es erscheint jetzt nach der Massage ein Tropfen Sekret am Orificium urethrae. Nun beginnt Verfasser unter fortgesetzten Fibrolysininjektionen wieder mit der Massage, und in vier Fällen wurde so innerhalb drei bis vier Wochen eine normalgrofse Prostata erreicht. Unangenehme Zufälle, wie Abscesse, sind nie vorgekommen.

Auf Altershypertrophie konnte Verfasser die Versuche nicht ausdehnen, obgleich es sich sehr empfehlen würde. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Zur Behandlung der Epididymitis blennorrhoica, von C. Schindler-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 51.) Sch. empfiehlt die Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis mittels Punktion aus folgenden Gründen:

1. Die Punktion ist einfach und wenig schmerzhaft; sie kann ohne Lokalanästhesie und ambulatorisch ausgeführt werden.
2. Die subjektiven Symptome, Schmerz und Spannung, werden sofort beseitigt.
3. Fieber und Resorption des Infiltrates werden günstig beeinflufst.
4. Den Kranken wird die Aufnahme in eine Klinik erspart.

Bei der Bierschen Stauung sind die Erfolge nicht so günstig. Darüber, welche Resultate die Kombination von Punktion und Stauung geben, kann er noch kein abschliefsendes Urteil geben. *Carl Schramm-Dortmund.*

Blennorrhoische Arthritis, von John A. Wiherspoon-Nashville. (*Journ. amer. med. assoc.* 1907. I. Nr. 5.) Therapeutisch sind neben Bettruhe und Schienenverband des erkrankten Gelenkes grofse Chinindosen empfehlenswerth. Lokal bringt in frischen Fällen 50%ige Ichthyolsalbe guten Erfolg. In chronischen Fällen ist Jodkalium zu geben. *Schourp-Danzig.*

Blennorrhoische Gelenkerkrankungen und ihre Behandlung, von P. W. Nathan - New York. (*New York med. Journ.* 16. März 1907.) Die längere, mit Röntgenbildern versehene Abhandlung fafst N. in folgenden hauptsächlichen Schlüssen zusammen: Blennorrhoische Erkrankung der Gelenke ist mit Ausnahme der ganz leichten, rasch sich bessernden Fälle ein wirklicher Zustand von Pyämie. Der Gonococcus befällt direkt die affizierten Gewebe und die Krankheitsherde liegen entweder in den Synovialmembranen (Arthritis) und in den Knochengelenksenden (Osteoarthritis);

in letzteren Fällen ist der Knochenherd immer das Primäre und nie durch Übergang der Entzündung aus dem Gelenksinnern bewirkt. Daher bleibt eine blennorrhoische Arthritis stets eine Arthritis und befällt niemals die Knochen, wie lange sie auch währen und wie intensiv sie auch sein mag. Blennorrhoische Gelenkerkrankung kann rekurrierend, aber niemals chronisch sein; diejenigen Fälle, welche chronisch genannt wurden, sind solche, bei welchen die initiale akute Entzündung Verwachsungsbänder oder andere Strukturveränderungen in der Synovialis bei Arthritis und knöcherne Auswüchse oder Ankylosis bei Osteoarthritis zurückgelassen hat. Diese Veränderungen sind bleibende, wenn sie nicht auf mechanischem oder operativem Wege behandelt werden. Die Behandlung während des akuten Stadiums soll in Immobilisierung (mit Pflasterverband) bestehen; bei eingetretener Deformität mufs dieselbe nach den hierfür allgemein geltenden Grundsätzen behandelt werden. Schliefslich erklärt N., dafs fast alle Fälle blennorrhoischer Gelenkerkrankung ohne Funktionsstörung zur Heilung kommen, wenn sie im akuten Stadium sachgemäfs behandelt werden, dafs also die Verhütung solcher oft das ganze Leben hindurch währenden Störungen in den Händen des allgemein praktischen und des Spezialarztes liege. *Stern-München.*

Beiträge zur Behandlung blennorrhoischer Arthropathien. Punktion und Gelenkspülungen mit Sublimatlösung, von Francisque Guyot, (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 129.) *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Arthritis nach Ophthalmoblennorrhoe mit besonderer Berücksichtigung der geschichtlichen Entwicklung der Lehre von den blennorrhoischen Erkrankungen, von Bruno Wodrig. (Inaug.-Dissert. Berlin 1906.) Vorliegende vorzügliche Arbeit gibt einen ausgezeichneten Überblick über die Geschichte der Blennorrhoe. Einzelheiten lassen sich im Rahmen eines Referates nicht bringen; die Arbeit ist ihrer Natur nach selbst in der Hauptsache referierenden Charakters, aber es kann jedem Kollegen ein Studium des Originals auf das beste empfohlen werden. *Fritz Loeb-München.*

Behandlung der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum, von W. A. Shoemaker-St. Louis. (*St. Louis Courier.* März 1907.) Die besten Resultate werden jetzt nach dem Urteile der meisten Autoren mit Argyrol oder Protargol in 10—50%iger Lösung erzielt; im allgemeinen ist eine 20%ige Protargol- oder 25%ige Argyrollösung, zwischen die Lider in Pausen von ein bis vier Stunden eingeträufelt, genügend. In den späteren Stadien der Krankheit, wo die Conjunctiva bedeutend verdickt ist, kann das organische Silbersalz durch das salpetersaure in ¼—12%iger Lösung, einmal täglich leicht über die Bindehaut gestrichen, ersetzt werden. Sch. empfiehlt prophylaktisch, einige Tropfen einer 20—30%igen Lösung der genannten organischen Silbersalze jedem Kinde unmittelbar nach der Geburt einzuträufeln.

Stern-München.

Pathologie und Therapie der ophthalmologischen Komplikationen bei blennorrhoischer Infektion, von W. J. McC. Ettles. (*Lancet.* 12. Jan. 1907.) In prophylaktischer Beziehung empfiehlt E. bei Neugeborenen das Einträufeln von Protargol in 6%iger, frisch bereiteter Lösung. Bei diesem Mittel hat man gegenüber dem Argentum nitricum den Vorteil, dafs keine Reizung eintritt, ein Vorzug, welcher in der Privatpraxis zweifellos von ausschlaggebender Bedeutung ist. Bei Erwachsenen beobachtet man nicht ganz selten unzweifelhafte blennorrhoische Entzündungen der Bindehaut ohne Gonokokken. Ob hierbei ebenso wie bei der Iritis blennorrhoica Toxine tätig sind, läfst Verfasser dahingestellt. Die Berechtigung, die Iritis als blennorrhoisch zu diagnostizieren, wird gestützt auf das regelmäfsige Vorhandensein von infektiöser Urethritis posterior und oftmals von Gelenkaffektionen. Zur Behandlung verwendet man warme Irrigationen (200 ccm) von Argentum nitricum (1 : 300) und

Instillationen von zwei Tropfen einer 2%igen Lösung desselben Mittels dreimal täglich. Prophylaktisch wird das gesunde Auge ausgespült und erhält eine Instillation von 10%iger Protargollösung. Bei Erwachsenen durchtrennt Verfasser mit einem kräftigen Scherenschlag den Canthus externus in allen Fällen. Der Eingriff ist keineswegs so heroisch, wie man a priori denken könnte, und bietet wesentliche Vorteile für die Behandlung dar. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Endocarditis blennorrhoica, von Külbs-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 1.) Den elf bisher veröffentlichten, durch Gelingen von Reinkulturen gestützten blennorrhoischen Endokarditiden, fügt Külbs einen ebenfalls kulturell mit positivem Resultate untersuchten Fall hinzu. Ein 20jähriges Mädchen erwirbt eine blennorrhoische Infektion. Nach mehreren Tagen treten Schüttelfrost, Fieber, Gelenkschmerzen und Herzklopfen auf. Die alle zwei bis drei Tage auftretenden Schüttelfröste veranlassen die Patientin, das Krankenhaus aufzusuchen, wo sie nach drei Tagen unter schweren endokarditischen Erscheinungen stirbt. Die Sektion bestätigt die klinische Diagnose Endocarditis. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Gonokokkenperitonitis im Wochenbett. Laparotomie. Drainage. Genesung, von G. Leopold-Dresden. (*Zentralbl. f. d. ges. Med.* 1906. Nr. 43.) Eine 28jährige, blennorrhoisch infizierte Frau fieberte am sechsten Tage nach einer leichten und schnellen Entbindung. Die Sekrete ergaben die zweifellose Anwesenheit von massenhaften Gonokokken. Innerhalb von 24 Stunden entwickelte sich eine akute Peritonitis mit hohem Fieber, sehr hohem, kleinen Puls, Meteorismus, Singultus, heftigen Leibschmerzen und Dämpfung. Nach ungefähr 24 Stunden erfolgte die operative Eröffnung des Leibes zur Ablassung des eitrigen Sekrets und die Durchspülung der Bauchhöhle mit warmer physiologischer steriler Kochsalzlösung. In der trüben eitrigen Bauchhöhlenflüssigkeit fanden sich die typischen Gonokokken in zahlloser Anhäufung. Sofort nach dem Eingriff fiel das Fieber, die Peritonitis ging zurück, das Allgemeinbefinden besserte sich und ging in Genesung über.

Durch die Auffindung der Gonokokken in der freien Peritonealflüssigkeit war der Nachweis gelungen, dafs an dieser puerperalen Peritonitis lediglich die in der Schwangerschaft erfolgte blennorrhoische Infektion der Frau die Schuld trug.

Schourp-Danzig.

Bericht über zwei Fälle von blennorrhoischer Infektion der Niere und des Nierenbeckens, von A. Ravogli-Cincinnati. (*Americ. Journ. urolog.* 1906. Nr. 11.) In beiden Fällen ist der einwandfreie Beweis, dafs die blennorrhoische Infektion sich auch auf das Nierenbecken und die Niere erstreckte, nicht erbracht. Die Gonokokken, die auf den Nierencylindern gefunden wurden, können sich auch erst in den unteren Harnwegen auf diesen angesiedelt haben, besonders wo stets eine heftige blennorrhoische Cystitis gleichzeitig bestand. Beide Male wird eine heftige Erkältung als Gelegenheitsursache für das Weiterschreiten des bis dahin ziemlich harmlos verlaufenden blennorrhoischen Prozesses auf die oberen Harnorgane angeführt. Diese erklärt mir eher das Auftreten einer komplizierenden akuten Nephritis. Besonders aber spricht der rasche Verlauf und die vollständige Wiederherstellung schon nach einigen Wochen (several weeks) gegen die gemachte Annahme.

Carl Schramm-Dortmund.

Ein Fall von Blennorrhoea des Mundes, von Samuel M. Hyman-New York. (*New York med. Journ.* 26. Jan. 1907.) Der Fall betraf ein 18jähriges Mädchen, welches sowohl per vias naturales wie per os Beischlaf ausübte. Sie hatte aufser ständiger Übelkeit, heftige, brennende Schmerzen und ein Gefühl von Wundsein im Munde, die sich bei Aufnahme von fester und flüssiger Nahrung ins Unerträgliche steigerten. Die Zunge ist geschwollen und schmerzhaft. Bei der objektiven Unter-

suchung erwiesen sich Zäpfchen, Gaumen- und Wangenschleimhaut mit einer milchig-weifsen, nicht adhärenten Membran bedeckt, dazwischen verstreut einige Blutpunkte. Die mikroskopische Untersuchung der Pseudomembran ergab, dafs sie aus Schleim, Epithel- und Eiterzellen bestand, zwischen welchen Staphylokokken und Gonokokken in charakteristischer Form eingelagert waren. Die Behandlung bestand in lokaler Applikation von Arg. nitr.-Lösung (1 : 250, ansteigend bis 1 : 50), später Mundspülung mit Borlösung und Alaun; Heilung nach zehn Tagen. *Stern-München.*

Zur Prophylaxe der Blennorrhoe, von Paul Bergmann-Berlin. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1907. Nr. 5.) Um den Harn eine desinfektorische Kraft zu verleihen, damit er eingedrungene Gonokokken in der Urethra entwicklungsunfähig macht, liefs B. unter dem Namen „Deleol" Kapseln mit Methylenblau, Extractum Equiset. sicc. und Extractum Graminis anfertigen. Das bakteriologische Institut von Dr. Piorkowski-Berlin bestätigte, dafs der Urin etwa zwei Stunden nach dem Einnehmen einer solchen Kapsel das Wachstum der Gonokokken zu hemmen vermag.

Bergmann empfiehlt nun, einige Stunden vor und nach dem Beischlafe diese Kapseln zu nehmen, deren absolute Unschädlichkeit er betont. *Schourp-Danzig.*

Zur Prophylaxe und Abortivbehandlung der Blennorrhoe, von R. Sondermann-Dieringhausen. Der Artikel enthält die Beschreibung eines vom Verfasser konstruierten Apparates, der eine rückläufige Durchspülung der Urethra anterior gestattet und aufserdem eine Saugwirkung auf die Wandungen der Harnröhre, die den Prinzipien der Bierschen Stauung gerecht wird. *Carl Schramm-Dortmund.*

Über die Prophylaxe der Blennorrhoe der Neugeborenen, von J. Thies-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 33.) In der Leipziger Universitätsfrauenklinik wird seit zehn Jahren zur Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoe der Neugeborenen mit vorzüglichem Erfolge Argentum aceticum in 1%iger Lösung angewandt. Um seine Wirkung mit der des Argentum nitricum nochmals zu vergleichen, wurde in der letzten Zeit bei 2000 Kindern in das eine Auge Argentum aceticum in das andere Argentum nitricum (2%) eingeträufelt, auf beiden Augen wurden Nachspülungen mit physiologischer Kochsalzlösung vorgenommen. Es zeigte sich, dafs das Acetat noch sicherer prophylaktisch wirkt als das Nitrat und eher weniger reizt als dieses. Der wesentlichste Vorzug des Argentum aceticum aber ist, dafs es von ihm keine konzentrierteren Lösungen gibt als 1,2%ige; bei solcher Konzentration aber ist eine Schädigung der Augen ausgeschlossen. Beim Gebrauch des Argentum nitricum dagegen sind unliebsame Vorkommnisse, sei es durch Verwechslung der 2%igen mit einer stärkeren Lösung, sei es durch Verwendung einer alten, ursprünglich 2%igen Lösung, die durch Wasserverdunstung konzentrierter geworden ist, nicht ausgeschlossen und auch in der Tat schon vorgekommen. Das Prophylaktikum mufs aber in erster Linie unschädlich sein, namentlich wenn man daran denkt, es den Hebammen in die Hand zu geben; deshalb ist Argentum aceticum dem Argentum nitricum weitaus vorzuziehen. *Götz-München.*

Beitrag zur Kenntnis der Blennorrhagie bei kleinen Mädchen, mit besonderer Berücksichtigung der Lokalisation, von Catharina Kouvitschinsky. (Dissertation, Lausanne 1905.) *Fritz Loeb-München.*

Die Blennorrhoe des Weibes. — Symptome und Behandlung, von Alex. Renault. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 34 und 35.) Eingehende klinische Vorlesung, die nichts Neues bringt. *Götz-München.*

Zur Behandlung der Gonorrhoea masculina, von Stock-Cöln a. Rh. (*Medico.* 1907. Nr. 7.) Der Aufsatz enthält aufser der Überschrift nichts Interessantes. Der Verfasser nimmt wahrscheinlich an, dafs die von ihm beschriebene Blennorrhoe durch

„männliche" Gonokokken hervorgerufen werde. Leider erzählt er uns nichts von der besseren Hälfte dieser unbequemen „männlichen" Individuen.

Carl Schramm-Dortmund.

Die Blennorrhoe und deren Therapie, von B. Müller-Hamburg. (*Therap. Monatsh.* Sept. 1906.) Eine Empfehlungsschrift für „Parisol", ein neues Desinfiziens und Antiseptikum in seiner Anwendung bei Blennorrhoe. Selbstverständlich — wie bei jedem neu empfohlenen Präparat — ist die bakterizide Kraft viel stärker als die anderer Körper, selbstverständlich tötet es die Gonokokken schnell ab (NB. wenn es sie erwischt. D. Ref.), eine ½%ige Parisollösung tötet die Gonokokken in einer Minute sicher. Die praktische Anwendung des Parisol zeigte, daſs es bei der Behandlung der Blennorrhoe allen Anforderungen, die an dasselbe gestellt werden, vollkommen entspricht und als ein überaus wirksames Antiblennorrhoicum angesehen werden muſs, die Lösungen reizen fast gar nicht, eine 1%ige Lösung ruft keine Schmerzen hervor und tötet nach ½—1 Minute die Kokken sicher. Daſs das neue Mittel eine groſse Tiefenwirkung hat, ist ja auch selbstverständlich, die haben alle neuen Mittel. Es empfehlen sich bei der Blennorrhoe posterior des Mannes nach den Erfahrungen des Verfassers Dauerspülungen mit 3%igen Parisollösungen, ebenso bewährt sich Parisol bei der Blennorrhoe des Weibes. (Das Parisol wäre demnach in der Trippertherapie das gesuchte „Mädchen für alles", und es wäre endlich erreicht, den Tripper einfach und sicher zu heilen. Doch ist dieser Ruf schon vielen Präparaten vorhergegangen und doch war es meist ein Schlag ins Wasser. Möge dieses Parisol sich wirklich als das „Ideal" entpuppen, dem wir alle nachjagen. Bisher sind aber noch weitere Versuche sehr wünschenswert, denn — die Botschaft hör ich wohl, allein mir fehlt der Glaube! Der Referent.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Behandlung des Harnröhrentrippers des Mannes und Weibes, von v. Zeissl-Wien. (*Wien. klin. Rundschau.* 1906. Nr. 49.) Der Vortrag ist vor praktischen Ärzten gehalten und enthält die Anschauungen v. Z. über die Blennorrhoe des Mannes und Weibes in gedrängter Form. Er verbreitet sich über die Prophylaxe, Therapie, besonders die Diät bei akuten und chronischen Erkrankungen und den Ehekonsens. Neues enthält der Artikel nicht. *Carl Schramm-Dortmund.*

Die abortive Behandlung der Blennorrhoe, von J. Sellei-Budapest. (*Orvosok Lapja.* 1906. Nr. 15.) Die abortive Behandlung kommt nur solange in Betracht, bis die Krankheit sich nur auf die Pars anterior der Harnröhre beschränkt. Es werden die gebräuchlichen Abortivverfahren aufgezählt und beschrieben: Auspinselungen der Harnröhre, Injektionen mit starken Antiblennorrhoica, Irrigation der Harnröhre mit diluierten Antisepticis, die Pansements intrauréthraux. Die Auspinselung wird als die beste Abortivmethode empfohlen. *B. Kollarits-Budapest.*

Behandlung der Blennorrhoe des Mannes, von W. Frank Glenn-Nashville. (*Journ. amer. med. assoc.* 1906. Bd. 47. Nr. 22.) Der Verfasser vertritt den Standpunkt der möglichst frühen lokalen Behandlung mit möglichst reizlosen Lösungen bei Bettruhe, blander Diät, leichtem Stuhlgang und Trinken alkalischer Brunnen. Neben den Injektionen von schwachen Argentum nitricum-Lösungen empfiehlt er solche von Jodzink und Chlorzink. Der internen Behandlung schreibt er einen wirksamen Einfluſs nicht zu. *Schourp-Danzig.*

Beitrag zur Therapie der Blennorrhoea urethrae, von Anton Regenspurger-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1906. Nr. 15.) Der Artikel enthält nichts Neues.

Putzler-Danzig.

Über ein einfaches Hilfsmittel in der Blennorrhoebehandlung, von Oscar Buber-Jägerndorf. (*Therap. d. Gegenw.* Okt. 1906.) Der Verfasser läſst den Tripperkranken drei- bis viermal täglich heiſse Penisbäder nehmen; die Temperatur muſs

dabei so warm genommen werden, als sie vertragen wird; das Bad mufs 10—15 Minuten unter Erhaltung seiner Temperatur dauern. Eine theoretische Grundlage für diese Therapie sucht der Verfasser auf dem Gebiete der aktiven Hyperämie im Sinne Biers, da ja auch bei blennorrhoischen Gelenkerkrankungen die Hyperämisierung durch Stauung eine Abkürzung und Verbesserung der Therapie gebracht hat.

Schourp-Danzig.

Über einige wenig gebräuchliche Behandlungsmethoden bei hartnäckiger chronischer Urethritis, von Lucien Wormser. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 31.) Die Methoden, die W. zur Behandlung hartnäckiger chronischer Urethritiden empfiehlt, sind bei uns durchaus nicht „wenig gebräuchlich". Es handelt sich um Instillationen von 1—4%iger Argentum nitricum- oder von Kupfersulfatlösung in Fällen mit einfachen Kongestionszuständen oder weichen Infiltraten der Harnröhrenschleimhaut, die sich durch leichte, im Harn suspendiert bleibende Tripperfäden manifestieren, um Dilatationen mit Sonden oder Bougies in Fällen, in denen schwere, rasch zu Boden sinkende Fäden die Bildung fibrösen Gewebes an einzelnen Stellen der Urethra anzeigen, endlich um Dilatationen mit Sonden oder Bougies in Verbindung mit Spülungen und Massage der Harnröhre bei chronischen Urethritiden, bei denen neben harten fibrösen Infiltraten Erkrankungen der urethralen Drüsen bestehen. Kommt man damit nicht zum Ziele, dann mufs mittels des Urethroskops Sitz und Natur der Veränderungen genauer festgestellt und, wenn sich nur eine Kongestion oder ein weiches Infiltrat findet, die kranke Stelle direkt mit Höllenstein oder mit Kupfersulfat geätzt, wenn aber ein hartes Infiltrat mit Veränderungen der Drüsen vorhanden ist, der Kollmannsche Spüldilatator in Anwendung gebracht werden. — Interessanter als die Aufzählung dieser Methoden ist die eingangs der Arbeit aufgestellte Behauptung, dafs jede akute Blennorrhoe des Mannes, sofern es eine Erstinfektion ist, bei richtiger Behandlung im Laufe eines Monats geheilt werden kann und mufs; die richtige Behandlung besteht nach W. in Antiphlogose während der ersten 10—15 Tage bis zum völligen Verschwinden der Schmerzen beim Urinieren und nachher in Janetschen Spülungen mit Kaliumpermanganatlösung; in günstigen Fällen genügen schon 8—10, in schweren 15—20 solche Spülungen, um Heilung herbeizuführen. *Götz-München.*

Behandlung des chronischen Harnröhrenausflusses, von S. Leon Gans-Philadelphia. (*New York med. Journ.* 26. Juni 1907.) Übersichtliche Darstellung über die verschiedenen Behandlungsarten der chronischen Blennorrhoe, wobei besonders zwei Formen: circumskripte Herde oder Erosionen, unabhängig von Striktur und letztere, unterschieden werden. G. ist in bezug auf Dauerheilung der Harnröhrenstriktur Optimist und glaubt, dafs dieselbe meist zu erzielen ist, wenn wir wenigstens sechs Monate lang, nachdem durch Dilatation die normale Weite der Harnröhre erreicht ist, noch einmal pro Woche die Stahlsonde einlegen. 27 derartige Fälle, einige bereits 5, 8 resp. 9½ Jahre geheilt, konnte er beobachten; davon war bei einem Teile bei Beginn der Behandlung die Harnröhre kaum für 15 Ch. durchgängig. Stets sollten wir uns aber vor Augen halten, dafs wir es bei der chronischen Blennorrhoe mit einer viel mifsbrauchten und gereizten Schleimhaut zu tun haben und durch allzu geschäftige Lokalbehandlung das Übel nicht noch vermehren sollten. Besonderes Augenmerk ist daher auch auf den Allgemeinzustand, auf hygienische und diätetische Mafsnahmen, ebenso wie bei akuter Blennorrhoe zu richten. G. warnt auch vor der Anwendung des Endoskops in ungeübten Händen, welche meist mehr Schaden wie Nutzen stiften würden. Im übrigen enthält die Arbeit nichts wesentlich Neues. *Stern-München.*

Erwiderung auf die Abhandlung von Dr. Boss: Über die Balsamtherapie der Blennorrhoe, von R. Kaufmann-Frankfurt a. M. (*Allg. med. Centralztg.* 1906.

Nr. 26.) In Nr. 15 der *Allg. med. Centralztg.* hatte sich Boss gegen die Salicylanwendung in der Blennorrhoebehandlung gewendet und die Bedeutung des Santyls, als des Salicylesters des Santalos, bezweifelt, da erstens der Santalölgehalt ein geringer wäre und da das Salicyl, ein bei der Blennorrhoe bisher verpöntes Medikament, darin aufgenommen wäre.

K. wendet dagegen ein; dafs er gleichwohl in der Praxis und in der klinischen Anwendung mit diesem neuen inneren Antiblennorrhoicum keine schlechten Erfahrungen, sondern die Beobachtung gemacht hätte, dafs Santyl gut vertragen würde.

Arthur Rahn-Dresden.

Die Nebenwirkungen der Balsamica. Erwiderung auf den Angriff von Dr. Boss, von H. Vieth-Ludwigshafen und O. Ehrmann-Mannheim. (*Allg. med. Centralztg.* 1906. Nr. 29.) Eine Richtigstellung gegenüber dem Bossschen Artikel in Nr. 15 derselben Zeitung, in welcher betont wird, dafs das Gonosan nicht mehr Wirksamkeit der Blennorrhoe gegenüber entfalte wie die früheren Balsamica, seine Nebenwirkungen aber ebenso unangenehm seien wie die des Santalöls und nicht weniger häufig auftreten. Verfasser empfehlen zum Schlufs das Santyl, das eine Verbindung von Salicylsäure mit Sandelöl darstellt und in der Wirkung Gonosan übertreffen soll, auch besser vertragen werden soll als jenes. *Putzler-Danzig.*

Santyl, ein neues antiblennorrhoisches Mittel, von A. Lanz. (*Prakticheski Wratsch.* 1906. Nr. 46.) In 50 Tripperfällen, besonders Blennorrhoea posterior, hat Verfasser das Santyl angewandt, und zwar dreimal täglich zu anfangs 30, später nur 25 Tropfen, da bei letzterer Dosis dieselbe Wirkung beobachtet wurde. Niemals sah er Störungen von seiten des Intestinaltractus und ebensowenig Albuminurie oder Cylinder im Urin. Abgesehen von einem einzigen Fall traten nie Schmerzen in der Nierengegend auf. Der therapeutische Erfolg durch Santyl war nicht geringer als derjenige durch Sandelöl, Gonosan und Gonorrhol. Verfasser kommt daher zum Schlufs, dafs wir im Santyl ein neues Präparat des Sandelöls gewonnen haben, welches frei ist von den unangenehmen Nebenwirkungen der früheren Präparate und gleichzeitig diesen hinsichtlich des therapeutischen Wertes nicht nachsteht.

Arth. Jordan-Moskau.

Zur internen Behandlung der Blennorrhoea, von H. de Meric-London. (*Edinbourg Journ.* Dez. 1906.) Unter Anführung von neun aus einer Reihe von Beobachtungen ausgewählten Fällen empfiehlt Verfasser warm das Santyl, besonders für solche Fälle, wo aus irgendeinem Grunde die lokale Behandlung der akuten Blennorrhoe nicht möglich ist oder ausgesetzt werden mufs, oder auch bei chronischer Blennorrhoe. Das Santyl hat ihm sehr ermutigende Resultate gegeben, seine Heilwirkung auf den Ausflufs ist sicher eine ebenso grofse wie bei jedem anderen inneren Mittel, es hat aber den grofsen Vorteil, die Verdauung in keiner Weise zu beeinträchtigen, keine Übelkeit oder nur irgend ein Übelgefühl hervorzurufen. *Stern-München.*

Über die Anwendung des Gonosans in der Therapie der Blennorrhoe, von Maramaldi-Neapel. (*Zeitschr. f. prakt. Ärzte u. med. Neuigk.* 1905. Nr. 15.) Auch M. spricht sich nach Prüfung an einem grofsen klinischen Material lobend über das Gonosan aus. In einer grofsen Anzahl von Fällen genüge es allein, um Heilung zu bringen; es kann wochenlang genommen werden, ohne dafs es Magendarmstörungen oder Nierenreizung hervorruft. Es beseitigt das Brennen und die Schmerzhaftigkeit des entzündlichen blennorrhoischen Prozesses und verhütet Übergreifen des Trippers auf den hinteren Teil der Harnröhre, wodurch Komplikationen und lange Dauer der Krankheit vermieden werden. *Stern-München.*

Ein kleiner Beitrag zur Blennorrhoetherapie, von A. Prunac-Montpellier. (*Repetit. d. prakt. Med.* 1906. Nr. 9.) Verfasser berichtet über seine günstigen Resul-

tate, welche er mit dem Gonosan bei Trippern erzielte; es beseitigt in kurzer Zeit die Beschwerden und Schmerzen, beschränkt die Eiterung und ist frei von Nebenerscheinungen. Verfasser hält das Gonosan für das beste Balsamikum, das hauptsächlich bei frischen Blennorrhoen von sicherer und zuverlässiger Wirkung ist.

Bernhard Schulze-Kiel.

Gonosan in der Blennorrhoetherapie, von Ludwig Riess-Wien. (*Österreich. Ärzte-Ztg.* 1906. Nr. 10.) Wie viele andere Autoren, so hat auch R. mit dem Gonosan sehr befriedigende Resultate erzielt; er betont besonders die ausgesprochene schmerzstillende, deutlich die Eiterung beschränkende und bakterizide Wirkung des Präparats, welches vom Magen gut vertragen wird und nie Nierenreizung hervorruft. (Ich habe ebenfalls mit dem Gonosan nie Reizungen gesehen und finde es als Unterstützungsmittel bei Blennorrhoebehandlung durchaus empfehlenswert wegen obengenannter Eigenschaften. Der Referent.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Behandlung der Blennorrhoe mit Gonosan, von S. Reiner-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1906. Nr. 35.) Eine Empfehlung des Gonosans, die nichts Neues enthält. *Putzler-Danzig.*

Über Gonosan, von A. Renault-Paris. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1906. Nr. 77.) Verfasser empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen die Verwendung des Gonosans bei der akuten Blennorrhoe neben der lokalen Behandlung. Enthält nichts Neues.

Carl Schramm-Dortmund.

Zur inneren Behandlung der Blennorrhoe, von Edmund Saalfeld-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 49.) Verfasser spricht sich sehr günstig über das Gonosan als innerliches Unterstützungsmittel bei Blennorrhoe aus, welches auch bei wenig intelligenten Patienten, denen man keine Tripperspritze in die Hand geben kann, sehr am Platze ist. (Ich benutze auch oft Gonosan und halte es für ein wirksames Adjuvans. D. Ref.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Innere Behandlung der Blennorrhoe, von A. Stephan Kalley-Budapest. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1907. Nr. 1.) Bei 60 Fällen akuter Blennorrhoe bei Frauen verordnete der Verfasser vom ersten Tage ab drei- bis viermal täglich zwei Kapseln Gonosan; am vierten Tage begann er mit Injektionen einer Alsollösung in die Urethra und täglichen Irrigationen der Scheide mit Kaliumpermanganatlösung neben lauwarmen Sitzbädern und peinlicher Diät. Mit dieser kombinierten Behandlung erzielte er in 22 Fällen nach fünf- bis sechswöchentlicher Behandlung Heilung. Das Gonosan vertrugen die Frauen im allgemeinen beschwerdelos. K. rühmt diesem Mittel eine anästhesierende, adstringierende und antiseptische Wirkung nach. *Schourp-Danzig.*

Zur internen Therapie der Blennorrhoen, von W. Friedländer-Berlin. (*Therap. Monatsh.* 1906. Nr. 10.) Friedländer wandte bei Blennorrhoe ein von der Firma Julius Norden & Co., Berlin angefertigtes neues Mittel, das Oliophen intern an. Es besteht aus einer Lösung von Salol in Olivenöl und den wirksamen Bestandteilen des Leinsamens. Hiervon gibt man dreimal täglich 30 Tropfen. Es wirkte günstig, üble Nebenwirkungen fehlten, der Geschmack ist angenehm, es wirkt antiseptisch und kalmierend und eignet sich auch für Kassenpraxis. (Leider nennt Verfasser nicht den Preis. D. Ref.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein neues Harnantiseptikum, von A. Schweitzer-Budapest. (*Gyógyászat.* 1906. Nr. 21.) Hetralin hat sich in vielen Fällen sehr gut bewährt, da die guten Eigenschaften des Formalins ohne störenden Nebenwirkungen im Präparate vorhanden sind. *B. Kollarits-Budapest.*

1. **Zur Kenntnis des Hexamethylentetramins und seiner Salze (Cystopurin),** von P. Bergell.

2. **Über den klinischen Wert des Cystopurins**, von E. Loose-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 2.) Die erste Arbeit enthält Angaben über den qualitativen und quantitativen Nachweis des Hexamethylentetramins im Harn. Ferner werden die chemischen und physikalischen Eigenschaften einer neuen Verbindung des Urotropins mit Natriumacetat beschrieben. Dem Körper wird der Name Cystopurin gegeben und ihm wesentliche Vorzüge vor dem Urotropin zugeschrieben.

Die zweite Arbeit beschäftigt sich mit der Anwendung des Cystopurins. Es wird in täglichen Dosen von 6 g gegeben und ist in 1,0 g Tabletten im Handel. Der Verfasser zieht das Cystopurin auch vom klinischen Standpunkt aus dem Urotropin vor, und glaubt es auf Grund seiner Erfahrungen besonders bei der Therapie der Blennorrhoe neben der Lokalbehandlung empfehlen zu können.

Carl Schramm-Dortmund.

Arhovin zur internen Behandlung der Blennorrhoe, von O. Hernfeld-Wien. (*Ther. d. Gegenw.* 1906. Nr. 4.) Eine Publikation, die leider, wie so zahlreiche andere Aufsätze über die interne Blennorrhoebehandlung auf Grund einer verhältnismäfsig kleinen Anzahl von Beobachtungen, weitgehende Schlüsse zieht. Nach meiner Auffassung vergessen die Herren Autoren vielfach, dafs bei einer grofsen Reihe von einfachen und komplizierten Blennorrhoen, ohne jede Therapie, nur unter Beobachtung der Diät, sich dieselben Resultate erreichen lassen. *Carl Schramm-Dortmund.*

Die externe Behandlung der Blennorrhoe mit Arhovin, von Karl Ganz-Brunn. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 38.) Verfasser sieht in dem Arhovin das Ideal eines Trippermittels, da ihm schlechte Eigenschaften fehlen und seine Wirkung prompt und reizlos ist. Das Arhovin gibt in 1—5%iger Lösung in Oleum olivarum ein haltbares, auf Tripperkrankungen spezifisch wirkendes Medikament, extern angewandt wirkt es pilztötend und das Wachstum der Gonokokken behindernd, zumal es in öliger Lösung in die feinsten Fältchen der Schleimhaut eindringen kann. Nach des Verfassers Erfahrungen bezeichnet er das Arhovin als „ein allen Anforderungen entsprechendes, extern anzuwendendes Antiblennorrhoikum, das auch intern angewendet werden kann, wo Injektionen kontraindiziert sind". (Wenn das Arhovin das „Ideal" ist, warum suchen wir dann noch nach neuen Mitteln? Dann wäre ja die schwierige Frage der Tripperbehandlung spielend gelöst und die leidende Menschheit könnte glücklich aufatmen und den Erfinder dieses „Ideal" als Retter der Menschheit preisen! Der Referent.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Verschiedenes.

Über einen Katheter-Dampfsterilisator mit Aufbewahrungsbehälter für die einzelnen Katheter, von Arthur Bloch-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 10.) Schon wieder einmal erscheint ein neuer Katheter-Dampfsterilisator, dessen Vorzüge darin bestehen sollen, dafs er aufserordentlich handlich ist, dafs mehrere Katheter zugleich sterilisiert werden können, ohne dafs sie sich berühren, dafs die desinfizierten Katheter darin eine Zeitlang steril aufbewahrt werden können, dafs der Dampfentwickler einen von dem Sterilisationsraum völlig getrennten Raum besitzt und hierdurch eine Benutzung der Katheter mit kochendem Wasser ausgeschlossen und dafs schliefslich der Dampf gezwungen wird, die Lichtung der Katheter zu durchziehen und hierdurch sehr rasch die der Aufsen- und Innenseite der Instrumente anhaftenden Keime tötet. Dieser Apparat entspricht also nach Verfassers Ansicht allen Anforderungen, die an einen guten Sterilisationsapparat gestellt werden. (Na, das ist ja ein Glück, dann braucht ja in Zukunft niemand mehr nach „wieder einem neuen Sterilisator" zu suchen, und dürfte damit diese Frage endlich dauernd entschieden sein! Der Referent.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Tüll bei der Transplantation, von Franz Kuhn-Kassel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 51.) K. hat schon vor fünf Jahren den Gebrauch von Tüll zur Nachbehandlung bei Transplantationen empfohlen und seitdem nie mehr etwas anderes angewandt; das Verfahren ist sehr einfach, billig, bequem und leistungsfähig. Der Tüll wird in gehäuften Lagen aufgelegt und durch eine Kompresse fixiert. Bei geringer Sekretion heilen die transplantierten Hautläppchen in acht bis zehn Tagen an; der Tüll bleibt solange unberührt, man kann ihn aber auch 14 Tage und darüber liegen lassen. Beim Verbandwechsel ist darauf zu achten, dafs namentlich die unteren Tülläppchen sich nicht abheben. Bei lebhafterer Sekretion läuft das Sekret durch die Maschen des Tülls ab und wird durch diese hindurch abgetupft; dann wird Jodoform aufgestreut und wieder verbunden. *Götz-München.*

Pharmaceutische Produkte der Farbenfabriken vorm. Bayer & Co., Elberfeld. Ergänzungsband 1906. Dieser Band bringt die in den letzten Jahren von der bekannten chemischen Fabrik auf den Markt gebrachten Medikamente und die darüber erschienenen zahlreichen Publikationen, teilweise im Auszug. Aus der Reihe dieser Mittel seien als für uns Dermatologen besonders wichtig hervorgehoben: Aristol, Epicarin, Europhen, Hedonal, Helmitol, Jothion, Mesotan, Protargol. Jedenfalls bilden diese zusammenfassenden Berichte, die an Opulenz der Ausstattung nichts zu wünschen übrig lassen, ein brauchbares Nachschlagebuch für den Arzt und nebenbei eine treffliche Reklame für die rührige Unternehmung. *Stern-München.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 44. № 11. 1. Juni 1907.

Beiträge zur Kenntnis der Artrophodermien.

Von

Dr. S. C. Beck.

Dozent an der Universität zu Budapest.

Diejenigen Veränderungen der Haut, welche durch den Schwund ihrer verschiedenen Gewebselemente zustande kommen, (Epithel, kollagenes Gewebe, Elastin und Fettgewebe) sind noch nicht in ausgiebiger Weise durchstudiert und gebührend gewürdigt worden. Es gibt solche, verhältnismäſsig selten vorkommende Formen der Hautatrophien, bei welchen nicht nur die Ätiologie nicht aufgeklärt ist, sondern selbst ihre histologischen Veränderungen nur wenig bekannt sind. Dies ist auch durch ihr seltenes Vorkommen leicht erklärlich. Wenn wir in der Literatur auch Angaben über die Gewebsveränderungen dieser Hautatrophien finden, sind diese oft so widersprechend, daſs wir voraussetzen müssen, daſs die gleichbenannten Krankheitsbilder eigentlich verschiedenen Krankheitsprozessen entsprechen. Dies betrifft hauptsächlich jene Formen der Hautatrophien, welche wir unter dem Namen der Atrophia idiopathica cutis kennen, und deren bis jetzt beschriebenen Fälle höchstwahrscheinlich nur insofern zusammengehören, daſs sie in ihrem Endstadium — zumeist kommt ja nur dieses zur Beobachtung — klinisch gleich das Bild der Hautatrophie zeigen. Analog diesen Verhältnissen kennen wir ja zum Beispiel eine ganze Reihe von allgemein ausgebreiteten Dermatosen (Ekzem, Psoriasis, Lichen planus usw.) welche im letzten Stadium ihrer Entwickelung gleichsam die gemeinsamen Symptome einer Dermatitis exfoliativa — herpetide exfoliatrice Bazin — zeigen, ohne daſs wir den mindesten Anhaltspunkt besäſsen, entscheiden zu können, welche der oben erwähnten, oder noch anderen Hauterkrankungen hinter diesem Symptomenkomplex verborgen sind. Dies ist — nach meiner Ansicht — auch bei dem Krankheitsbilde der Atrophia idiopathica cutis der Fall. Daher kommt es, daſs, während manche unter dem Mikroskope ausgesprochene Entzündungserscheinungen wahrzunehmen glaubten, andere kaum oder überhaupt keine solche entdecken konnten. Daſs manchmal unter dem klinischen Bilde der

Atrophie das Mikroskop eine bedeutende Zunahme der kollagenen und elastischen Faserbündel zeigte (J. NEUMANN), ein anderesmal, und zwar meistens die elastischen Fasern mehr oder weniger rarefiziert, in manchen Fällen sogar ganz verschwunden waren, während das Kollagen weder quantitativ noch qualitativ irgendwelche Veränderungen aufgewiesen hat, oder höchstens minimal verändert war. Diese wesentlichen Unterschiede der Gewebsstruktur können unmöglich rein dadurch erklärt werden, daſs die mikroskopische Untersuchung bei den verschiedenen Fällen in verschiedenen Stadien der Krankheit gemacht wurde. Es wäre schwer zu begreifen, wie man solche Prozesse identifizieren könnte, bei welchen einmal die Zunahme der elastischen Fasern, ein anderes Mal deren vollständiger Schwund beobachtet wurde. Es kann dies nur damit erklärt werden, daſs wir in diesen Fällen verschiedenen Krankheitsprozessen gegenüberstehen. Aber auch das klinische Bild kann in den verschiedenen Fällen trotz den gemeinsamen charakteristischen Symptomen der Atrophie solche Verschiedenheiten aufweisen, daſs es verlorene Mühe wäre, dieselben in die Schranken eines gemeinsamen Namens zu zwängen.

Vor kurzer Zeit hat RUSCH[1] in einer ausführlichen und beachtenswerten Arbeit auf Grund einer ganzen Reihe von Fällen, die er teils aus der Literatur gesammelt, teils selber beobachtet hat, zwei Formen der Atrophia idiopathica cutis unterschieden. In die erste Gruppe gehören diejenigen Fälle, bei welchen die Atrophie entsteht, ohne daſs vorher, oder im Laufe der Erkrankung makroskopisch-klinisch irgendwelche entzündliche Erscheinungen zu beobachten wären. Diese Fälle gehören zum Typus BUCHWALD, welche Benennung schon UNNA bei der Gruppierung der Hautatrophien eingeführt hat. In die zweite Gruppe gehören jene Fälle, denen entzündliche Symptome vorangehen, oder welche während ihrer späteren Entwickelung von solchen begleitet werden. Aber trotz der zweierlei Erscheinungsformen haben wir es nach RUSCH mit einer einheitlichen Krankheit zu tun, zu welcher alle jene Fälle gehören, welche unter den Namen Atrophia idiopathica progressiva, Atrophia idiopathica circumscripta, Erythema paralyticum (NEUMANN), Erythromelie (PICK), Acrodermatitis chronica atrophicans (HERXHEIMER und HARTMANN), Erythodermie pityirasique en plaques dissennuées (BROCQ) beschrieben wurden. Schon im Jahre 1898 hat sich RILLE auf dem deutschen Dermatologenkongreſs in Straſsburg in ganz ähnlichem Sinne geäuſsert, so, daſs RUSCHS Arbeit eigentlich nur eine Bestätigung und nähere Begründung des früheren RILLEschen Standpunktes ist. Doch müssen wir gestehen, daſs die Beweise, welche

[1] P. RUSCH, Beiträge zur Kenntnis der idiopathischen Hautatrophie. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1906. Bd. 81, Heft 1, 2, 3.

RUSCH zur Stützung seiner Hypothese herbeizieht, keine genügende Beweiskraft besitzen, um uns von der Richtigkeit seiner Annahme zu überzeugen. RUSCH betrachtet nämlich bei allen diesen, unter verschiedenen Namen beschriebenen Erkrankungen, welche klinisch von einander oft wesentlich abweichen, als hauptcharakteristisches Merkmal, daſs sie alle unter dem Mikroskope teils Zeichen der Entzündung, teils die der Atrophie zeigen usw., nebeneinander in paralleler Entwickelung und nicht nacheinander.

Die mikroskopischen Bilder sind aber bei weitem nicht so gleichförmig, wie dies von RUSCH behauptet wird. Zum Beweis kann man viele Beispiele anführen; so die zwei Fälle von J. NEUMANN[2], bei welchen, neben ausgesprochenen Entzündungserscheinungen, keine Spur von einem Schwunde der elastischen Fasern zu bemerken war, welche sonst für die meisten Formen der Atrophia idiopathica cutis doch sehr bezeichnend ist, ja, das Elastin erschien sogar an manchen Stellen vermehrt. Oder THIMMS[3] Fall, wo hingegen in den atrophischen Hautpartien nirgends eine Rundzelleninfiltration, als Zeichen einer noch bestehenden Entzündung zu finden war, trotzdem dem atrophischen Stadium ein ausgesprochener ödematöser Zustand vorangegangen ist. Auch darauf könnten wir uns berufen, daſs bei einem groſsen Teil der von RUSCH angeführten Fälle überhaupt keine mikroskopische Untersuchung vorgenommen wurde, so daſs die Einreihung dieser Fälle in Gruppen auf rein hypothetischer Grundlage geschehen konnte. Zwar steht es fest, daſs in der Mehrzahl der Fälle, neben dem Schwund der faserigen Elemente der Haut, des Elastins und des Kollagens, eine Zunahme der zelligen Bestandteile über jeden Zweifel erhaben ist, doch muſs auch der Umstand in Betracht kommen, daſs es oft sehr schwer zu entscheiden ist, was man in der atrophischen Haut als wahre zellige Infiltration und Zellenvermehrung ansehen darf, und was man, unabhängig von der Entzündung, als nur scheinbare Zellenvermehrung deuten darf. Durch den teilweisen Schwund, durch die Rarefizierung der faserigen Elemente, geraten nämlich die Bindegewebszellen, besonders in der Nähe der Gefäſse, der Talgdrüsen und Haarbälge, so nahe zu einander, daſs sie bis zur Täuschung eine entzündliche Zellinfiltration nachahmen können. Auch bei der senilen Atrophie der Haut ist dies der Fall, worauf UNNA aufmerksam gemacht hat. Es ist leicht begreiflich, daſs man in vielen Fällen diese Akkumulation der Zellen, welche infolge der Atrophie eintritt, für eine entzündliche Infiltration geringen Grades gehalten hat, das heiſst, man glaubte

[2] NEUMANN: Über eine seltene Form von Atrophie der Haut. Festschrift gewidmet F. S. PICK. 1898.

[3] THIMM: Über erworbene progressive idiopathische Hautatrophie. *Arch. f. Dermat.* 1906. Bd. 81.

einen der Atrophie parallel sich entwickelnden Entzündungsprozeſs verzeichnen zu können, wo nur eine, durch die Atrophie selbst hervorgerufene sekundäre Zellenanhäufung stattfand. Unserer Meinung nach kann also die Hypothese, daſs die unter der Bezeichnung der Atrophia idiopathica cutis und unter anderm Namen beschriebenen Fälle tatsächlich in eine Krankheitsgruppe gehören, auch durch die fleiſsige Arbeit Ruschs nicht als bewiesen erachtet werden.

Nichts beweist mehr, welch ein Chaos in dieser Frage herrscht, als die Untersuchungsergebnisse eines anderen, neueren Autors, Metscherskis.[4] Da seine Arbeiten leider in russischer Sprache veröffentlicht worden sind, konnte ich von ihrem Inhalt nur aus deutschen Referaten Kenntnis nehmen und wahrscheinlich ist dies die Ursache, daſs man sie in den Arbeiten westeuropäischer Autoren kaum erwähnt findet. Metscherski hat in seiner ersten Arbeit aus der Literatur 24 Fälle gesammelt. Er verfügte also, seinen eigenen Fall miteingerechnet, über 25 Fälle und sich auf diese stützend, hat er das exakte klinische und histologische Bild dieser Krankheit beschrieben. Er kommt auf das Resultat, daſs die idiopathische Hautatrophie eine selbständige Erkrankung ist, die unter zweierlei Formen vorkommt: die eine Form wird von einem erythematösen, die andere von einem infiltrierten, ödematösen Stadium eingeleitet. Diese Einteilung gleicht annähernd der obenerwähnten Gruppierung Ruschs.

In seiner drei Jahre später erschienenen zweiten Arbeit, welcher schon 71 fremde und neun eigene Beobachtungen zugrunde liegen, bekennt sich der Verfasser zu einer ganz entgegengesetzten Auffassung. Nach derselben ist „die Existenz einer idiopathischen progressiven Atrophie der Haut als solche nicht bewiesen, denn das unter diesem Namen von den ersten Beobachtern beschriebene Krankheitsbild ist nur der Ausgang vorhergegangener Veränderungen der Haut. Es ist das natürliche letzte Stadium einer Dermatose, welche durch eine ganze Reihe von Beobachtungen genau und klar charakterisiert wird". Diese Dermatose ist nach Metscherski die Sklerodermie. „Die Sklerodermie und die idiopathische progressive Atrophie der Haut haben augenscheinlich dieselbe Ätiologie und Pathogenese, da beide aus ein und denselben primären Veränderungen der Haut hervorgehen, oft gleichzeitig bestehen und ganz denselben Verlauf haben."

---

[4] Metscherski: Über die Atrophia cutis idiopathica progr. acquisita. *Medicinskoje obosrenje.* 1901. Ref. *Monatshefte f. prakt. Dermat.* 1901. Bd. XXXII, Nr. 9.

Über die idiopathische progressive Hautatrophie und ihre Beziehung zur Sklerodermie. Inaug.-Dissert. 1904. Ref. *Monatshefte für prakt. Dermat.* 1905. Bd. XL, Nr. 11.

Auch andere glaubten Beziehungen der Atrophia idiopathica cutis zur Sklerodermie beobachten zu können; diese Frage wurde sogar voriges Jahr in der Sitzung vom 21. Februar der Wiener Dermatologischen Gesellschaft Gegenstand lebhafter Diskussion, bei Gelegenheit einer Demonstration Professor EHRMANNS, der eine ältere Frau vorführte, welche am Arm diese zwei Krankheiten nebeneinander gehabt haben soll. Im Laufe der Diskussion erinnerte OPPENHEIM an eine ähnliche Beobachtung SCHERBERS, während RIEHL, der zwischen diesen beiden Krankheitsformen nie einen Zusammenhang finden konnte, das Vorhandensein einer Sklerodermie auch in EHRMANNS Fall in Abrede gestellt hat.

Unsere Kenntnisse betreffend die Atrophia idiopathica cutis sind also, wie ersichtbar, ziemlich verworren. Ebensowenig aber ist die Frage geklärt, wohin jene Fälle gehören resp. wie weit jene Fälle verwandt sind, welche unter den Namen Atrophia maculosa cutis, Anetodermia erythematosa (JADASSOHN), Atrophodermia erythematosa maculosa (NIELSEN), Dermatitis atrophicans maculosa (OPPENHEIM) beschrieben worden sind. Dieselben haben mit den oben besprochenen nur das gemein, daſs auch diese, ebenso wie die unter dem Namen der Atrophia idiopathica cutis beschriebenen Fälle, klinisch und histologisch durch ausgesprochenen Hautschwund charakterisiert sind, und daſs das Zustandekommen der Atrophie gerade so idiopathisch ist, bei diesem wie bei jenem. Das heiſst die Atrophie entsteht ohne vorangegangener klinisch bemerkbarer Gewebsnekrose (z. B. durch pustulöse, ulceröse Prozesse, oder auch phisikalische Einwirkungen, wie Ziehen, Zerren, Reiſsen). Doch ist der klinische Verlauf und der mikroskopische Charakter dieser Fälle so abweichend von denen — nämlich von den Fällen der Atrophia idiopathica cutis progressiva — daſs über die Notwendigkeit ihrer Separierung nicht gestritten werden kann.

Der erste, der diese eigenartige und seltene Dermatose beschrieben hat, war JADASSOHN[5] und auch die Benennung Anetodermia erythematosa stammt von ihm, womit er bezeichnen wollte, daſs die Haut ihre Elastizität eingebüſst hat, und dem tastenden Finger als ein lockeres Gewebe imponiert (*ἀνετός*-locker). Man hat das Gefühl, wie wenn der Finger in ein Loch eindringen möchte.

Bezüglich der ausführlichen Literaturangaben über die Frage der Atrophia maculosa cutis, verweisen wir auf die im vergangenen Jahre erschienene Arbeit OPPENHEIMS[6], welche eine ebenso ausführliche und kritische

---

[5] JADASSOHN: Über eine eigenartige Form von Atrophia maculosa cutis. Verhandlungen d. Deutschen Dermatol. Gesellsch. Kongreſs 1891.

[6] OPPENHEIM: Zur Kenntnis der Atrophia maculosa cutis. *Arch. f. Dermat.* 1906. Bd. 81.

Bearbeitung all dessen, was bis zu jüngster Zeit über diese Frage geschrieben wurde, enthält, wie RUSCHS oben erwähnte Arbeit die Atrophia idiopathica cutis progressiva betreffend. Die Frage der Atrophia maculosa cutis schließt RUSCH überhaupt aus dem Rahmen seiner Untersuchungen aus, und bemerkt nur soviel über diese Fälle, daß es im allgemeinen schwer zu entscheiden ist, wie weit dieselben zu den idiopathischen Hautatrophien gehören.

Nach RILLE[7] kann die Atrophia maculosa cutis überhaupt nicht zu den idiopathischen Hautatrophien gereiht werden. Diese Fälle sind, seiner Meinung nach, zu den Striae distensae und maculae atrophicae zu rechnen, welche, wie bekannt, ohne jeden Entzündungsprozeß, unter rein mechanischen Einwirkungen zustande kommen. Gegen diese Auffassung RILLES haben GALEWSKY und OPPENHEIM[8] Stellung genommen. Ihre Begründungen geben ihnen zweifellos recht, doch ist die Frage, ob alle jene Fälle, welche die verschiedenen Autoren unter dem Namen der Atrophia maculosa cutis beschrieben haben, tatsächlich zusammengehören, damit noch nicht gelöst.

HEUSS[9] hat schon im Jahre 1901 alle jene Fälle aus der Literatur gesammelt, welche mit dem Krankheitsbilde der Atrophia maculosa cutis irgendwelche Beziehungen zu haben schienen. Nach einer gründlichen Ausscheidung rechnet er nur den Fall THIBIÈRGES und JADASSOHNS sowie seine zwei eigenen Beobachtungen zu dieser Krankheit. Den Fall GALEWSKY, MIBELLI und BESNIER reiht er zwar auch hierher, doch nicht mit überzeugender Sicherheit.

OPPENHEIM gelang es festzustellen, daß die unter dem Namen der Atrophia maculosa cutis und deren Synonyme beschriebenen Fälle, in ihrem klinischen Verlaufe oft von einander bedeutend abweichen. Er referiert über 21 Fälle; wenn wir, seine zwei eigenen Beobachtungen sowie den Fall von NICOLAS und FAVRE, welcher nach Erscheinen der OPPENHEIMschen Arbeit publiziert wurde, hinzuzählen, so beträgt die Gesamtzahl der beobachteten Fälle 24. Doch auch diese 24 Fälle können nicht streng in eine Gruppe gereiht werden. OPPENHEIM machte auch einen Versuch, dieselben in Klassen zu ordnen, doch scheint mir diese Einteilung sehr gezwungen. In die eine Gruppe gehören nach ihm diejenigen Fälle, bei welchen den atrophischen Flecken kein papulöses oder urtikarielles Stadium vorangeht, d. h. ein solcher Zustand, bei welchem

---

[7] RILLE: 77. Versamml. deutscher Naturforscher u. Ärzte. 1905. Meran. Dermatolog. Abt. in der Diskussion zu OPPENHEIMS Fall.

[8] Ebenda.

[9] HEUSS: Beitrag zur Kenntnis der Atrophia maculosa cutis. *Monatshft. f. prakt. Dermat.* 1901. Bd. 32.

durch Ödem oder Infiltration die Spannung der Haut gesteigert wurde. Dann folgen jene Fälle, bei welchen vor der Entwickelung der fleckigen Atrophie papulöse oder vesikulöse Läsionen entstehen. Aber jeder atrophische Fleck hat irgend ein Vorstadium, welches sich, wenn auch nicht als Papel oder urtikarielle Quaddel, doch wenigstens in Form eines roten Fleckes zeigt, in welchem mikroskopisch die Elemente der Entzündung gerade so nachweisbar sind, wie in dem mit stärkerer Infiltration und Ödem verbundenem papulösen Stadium. Diejenigen Fälle aber, welche mit auch klinisch zu beobachtendem ödematösen infiltrierten Stadium beginnen, weichen von einander, sowohl in ihrer Ausbreitung wie auch in ihrer klinischen Erscheinung, in solchem Grade ab, daſs ihr Zusammenfassen in eine Gruppe unmöglich ist. Ein groſser Teil dieser Fälle, wie auch ein Teil derjenigen, die in die erste Gruppe gehören, sind garnicht zur Atrophia maculosa cutis zu rechnen. Sie gehören teilweise zu der Atrophia idiopathica progressiva, teils sind es noch näher nicht bestimmbare Krankheitsbilder.

In ultima analysi hat auch OPPENHEIM diese Fälle ausgeschlossen, und rechnet, streng genommen, zur Atrophia maculosa cutis nur den einen Fall HEUSS, dann je einen Fall von GALEWSKY, FOURNIER-BESNIER, vielleicht auch einen Fall TÖRÖKS und eine eigene Beobachtung. Nach OPPENHEIM ist nämlich „der Typus des klinischen Bildes der, daſs sich aus einem kleinen erythematösen Fleck ohne subjektive Symptome, allmählich eine weiſse, gefältelte, wie narbig aussehende atrophische Stelle entwickelt". Seinen zweiten Fall, wie auch JADASSOHNS klassischen Fall und noch einige andere, rechnet er zu einer solchen Form der Atrophie, „bei der sich neben mehr oder weniger ausgeprägten diffusen atrophischen Hautveränderungen . . . . . zerstreute makulöse Hautatrophien finden".

Von THIBIERGES Fall, welcher noch vor dem JADASSOHNS beschrieben wurde, kann man im Sinne THIBIERGES[10] mit groſser Wahrscheinlichkeit feststellen, daſs er nicht zur Atrophia maculosa cutis, sondern zu einer Form des Lupus erythematodes gehört.

Nachfolgend veröffentliche ich die Beschreibung des klinischen und mikroskopischen Bildes eines von mir beobachteten Falles der Atrophia maculosa cutis und hoffe damit zur Klärung der Frage einige Beiträge liefern zu können.

Die 23jährige ledige Näherin G. Friedmann wandte sich mit der Klage an mich, daſs sie vor ungefähr $1^1/_2$ Jahren zum erstenmale bemerkt

---

[10] THIBIERGE, Atrophie erythemateuse en plaques à progression excentrique. *Bulletin de la soc. franç. de Dermat.* 1891. — Lupus erythemateux à forme d'atrophodermie en plaques. *Annales de Dermat. et Syph.* 1905. S. 913.

hat, daſs an Gesicht, Ohren und Hals rötliche Flecke auftreten, welche ihr keinerlei subjektive Beschwerden verursachen und ihr nur aus kosmetischen Gründen lästig sind. Was die Entstehung der Flecken betrifft, gibt sie an, daſs dieselben zuerst an den Ohrmuscheln, später am Nacken aufgetreten sind, in der letzten Zeit aber auch schon am Gesicht erscheinen und daſs die Flecken nach mehrwöchentlichem Bestehen, manchmal sogar erst nach mehreren Monaten, allmählich verblassen, indem sie einen bläulichweiſsen Fleck zurücklassen. Im übrigen befindet sie sich vollständig wohl, auch kann sie sich nicht an durchgemachte schwerere Krankheiten erinnern, hustet nicht und weiſs von keiner Lungenerkrankung in ihrer Familie. Nähere anamnestische Daten fehlen mir leider.

Bei ihrer Untersuchung war folgender Status zu beobachten: Gut entwickeltes Mädchen von hoher Gestalt und kräftigem Bau mit dunkler Gesichtsfarbe und dunklem Haar. Am äuſseren Rande der Ohrmuschel, besonders der linken, ist die Haut stellenweise verdünnt, weiſslich schimmernd und auf den darunterliegenden Knorpel gespannt. Am Kinn, an der Oberlippe, auf der linken Wange und am Ansatz des linken Nasenflügels, nahe der Nasolabialfalte, sind lividblaue, scharf umrandete, ungefähr 1 mm über das normale Hautniveau erhabene Effloreszenzen sichtbar von Heller- bis Kronengröſse und von etwas härterer Konsistenz. An der Brust, im Bereiche des Manubrium sterni, sind vereinzelte, am Rücken, in der Scapular- und Interscapulargegend dagegen ungefähr 20 hirsekorn- bis hellergroſse Läsionen sichtbar, welche sich, den verschiedenen Stadien ihrer Entwicklung entsprechend, in zweierlei Formen präsentieren. Die neueren Läsionen bestehen aus blaſsrosafarbenen, eher weich anzufühlenden, manchmal ein wenig hervorragenden, fleckigen oder papelartigen Gebilden, während die älteren, seit mehreren Monaten oder Jahren bestehenden Effloreszenzen teilweise durch blasse, lividbläulich durchschimmernde, teilweise elfenbeinfarbene, im auffallenden Lichte mattglänzende, hellergroſse Flecken gebildet werden. Die Haut erscheint an diesen Stellen fein gerunzelt, die Orefizien der Talgdrüsen und Haarbälge sind gut bemerkbar, die Konsistenz dieser Flecke ist eine teigartig weiche, der tastende Finger hat über diesen Flecken das Gefühl, wie wenn er sich in ein Loch vertiefen würde (Jadassohn). Am Rande mancher Flecken ist noch die primäre Erscheinungsform dieser Läsionen in Form eines blaſsroten, hirsekorngroſsen Papelchens oder halbmondförmigen Saumes sichtbar. Über die Veränderungen an der Brust und am Rücken wuſste die Patientin gar nichts, sie bemerkte dieselben nur, nachdem ich sie darauf aufmerksam machte.

Auſser diesen Veränderungen waren auf der Haut beider Ellenbogen typische Psoriasiseffloreszenzen zu bemerken, welche aber mit den obenbeschriebenen Hauterscheinungen offenbar in gar keinem Zusammenhang standen.

Ungefähr ein Jahr lang habe ich die Kranke beobachtet, während welcher Zeit ich acht- bis zehnmal Gelegenheit hatte, sie zu sehen, und konnte die Veränderungen der in verschiedenen Stadien befindlichen Läsionen verfolgen. Die narbenähnlichen Gebilde der Ohrmuscheln, wie auch die atrophischen Flecken der Brust und des Rückens zeigten während dieser Zeit gar keine Veränderungen. Es sind dies die letzten und ständigen Spuren dieser Krankheit. Hingegen entwickelten sich jene lividblauen Flecken des Gesichtes, welche schon sichtbar waren, als ich die Kranke zum erstenmal sah, vor meinen Augen zu den allmählich flacher werdenden, ganz wenig unter das Niveau der normalen Haut sinkenden, bläulichweifsen atrophischen Flecken. Dieselben unterscheiden sich von den Flecken ähnlicher Herkunft des Rückens, dafs ihre Oberfläche ganz glatt, ihr Glanz etwas ausgesprochener, ihre Konsistenz nicht so weich, bei Betastung der normalen Haut ähnlicher ist.

Zwar glaube ich nicht, dafs die angewandte Therapie irgendeinen bedeutenderen Einflufs auf die regressiven Veränderungen der Effloreszenzen gehabt hätte, erachte ich es doch für bemerkenswert, dafs, nach verschiedenen nutzlosen äufseren Behandlungen, der Verlauf der Krankheit durch Anwendung der von Holländer bei Lupus erythematodes empfohlenen Therapie — äufserlich Jodtinktur, kombiniert mit gleichzeitiger innerer Chininbehandlung — beschleunigt schien.

Während der Dauer meiner Beobachtung ist eine neue lividblaue Läsion am Gesicht aufgetreten, sowie einige spärliche blafsrote Fleckchen resp. Papelchen am Rücken.

Zum Zweck der mikroskopischen Untersuchung habe ich ein Stückchen von einem atrophischen Fleck exzidiert, welcher an seiner Kante von einer im Anfangsstadium der Dermatose sich befindlichen, linsengrofsen Papel begrenzt war, so dafs das ausgeschnittene Hautstückchen, von aufsen von normaler Haut, in der Mitte von der blafsroten Läsion und an der anderen Seite vom atrophischen Fleck gebildet war. Das Hautstückchen wurde in absolutem Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet und nachdem es in Schnitte zerlegt war, wurden dieselben nach verschiedenen, besonders aber nach Unnaschen Färbungsmethoden tingiert (polychromes Methylenblau—Glycerinäther; polychromes Methylenblau—Säurefuchsin—Tannin und Orange-Tannin; saures Orcein zur Darstellung der elastischen Fasern; van Giesen).

Die Epidermis erleidet über der blafsroten Effloreszenz bedeutende Veränderungen. Die Hornschicht wird auch hier wie über der normalen Haut von zwei bis drei dünnen Lamellen gebildet, die Malpighische Schicht aber ist bedeutend verschmälert. Das Stratum spinosum oberhalb der Epithelleisten ist an vielen Stellen zu einer dünnen Kruste zusammengetrocknet, welche sich mit polychromem Methylenblau fast homogen

dunkelblau färbt; aus ihr ragen die Epithelzapfen, welche ihr normales Aussehen behalten haben, zwischen die Papillen. Stellenweise, und zwar an jenem Teile des Papelchens, welcher in der Nähe der atrophischen Hautpartie liegt, weist diese verdünnte, zusammengebackene Epidermisschicht und die darüberliegende Hornschicht kleine mikroskopische Risse auf, in welche das darunterliegende Bindegewebe und kleinzellige Infiltration hineingedrungen sind. An der unteren Grenze dieser zusammengetrockneten Epidermisschicht sind an manchen Stellen kleine Blutextravasate zu bemerken. Gegen die atrophische Hautpartie und über derselben wird die Struktur der Epidermis wieder normal, sie weicht nicht ab von der die normale Haut bedeckenden Epidermis. Erwähnenswert ist, dafs an der Grenze der normalen und der im Anfangsstadium der Veränderung befindlichen Haut ein Haarbalg liegt; auf der einen Seite desselben finden wir in der Haut noch kaum eine Spur irgendwelcher pathologischer Veränderungen, während auf der anderen Seite die eben beschriebenen Veränderungen der Epidermis und die des Bindegewebes stärker ausgeprägt sind.

Das Bindegewebe zeigt in den Papillen, Cutis und Subcutis, der makroskopisch normal aussehenden Hautpartien gar keine Veränderungen.

Das Kollagen ist sowohl in den Anfangs- wie in den späteren Stadien der Läsion weder in ihrem morphologischen noch in ihrem chemischen Verhalten (UNNAsches basisches Kollagen, Kollastin, Kollacin) verändert; nur an den Stellen, wo die unten zu beschreibende entzündliche Infiltration ausgesprochener ist, sehen wir an dem mit polychromem Methylenblau-Glycerinäther behandelten Schnitten eine deutliche metachromatische Färbung, die besonders bei künstlichem Licht auffallend ist und welche das Zeichen eines mäfsigen Ödems, seröser Infiltration, ist.

Anders verhält es sich mit den elastischen Fasern. Dieselben weisen schon um den an der Grenze der pathologischen Veränderung liegenden Haarfollikel von der Norm bedeutend abweichende Verhältnisse auf. In dem Bindegewebe, welches den Follikel an der gesunden Seite der Haut umgibt, sehen wir nur in der nächsten Umgebung der zum Follikel gehörenden Talgdrüsen, nahe der unteren Cutisschicht eine bedeutende Verringerung der elastischen Fasern. An manchen Stellen ist die elastische Hülle einiger Blutgefäfse relativ noch gut erhalten, im übrigen, besonders aber zwischen den Lappen der Talgdrüse, wo man normalerweise ein gut ausgebildetes elastisches Netz findet, ist dasselbe beinahe vollständig verschwunden und nur durch einige spärliche Fäserchen vertreten. An der anderen Seite des Follikels sind die Veränderungen der elastischen Fasern schon in den obersten Cutisschichten, den angrenzenden Papillen, gut ausgeprägt. Zwar ist das subepitheliale Elastinnetz hier noch vorhanden, dasselbe ist aber zumeist viel blasser gefärbt,

der Verlauf seiner Fasern ist viel mehr gewunden wie in den Papillen der normalen Haut. Man bekommt den Eindruck, wie wenn die normale Spannung der elastischen Fasern nachgegeben hätte. Je weiter wir in den pathologisch veränderten Teil dringen, um so blasser und spärlicher werden die elastischen Fasern, bis sie, namentlich von der achten bis neunten Papille angefangen, vollständig verschwinden. Das elastische Fasernetz der subpapillären Cutisschicht hat ebenfalls eine bedeutende Verschmälerung erlitten. Am auffallendsten ist der Schwund in der unmittelbaren Nähe des Haarfollikels; rings um die kleineren und kleinsten Blutgefäfse ist dasselbe sogar vollständig geschwunden. Je tiefer wir in die Cutis dringen, um so spärlicher und zerbröckelter werden die elastischen Fasern, sie bestehen zumeist aus ganz kurzen Stümpfen, bis endlich in der Höhe der Talgdrüse man kaum mehr eine Spur von ihnen findet. Etwas entfernter vom Follikel sind die elastischen Fasern wieder in etwas reichlicherer Zahl anzutreffen, aber nur auf einem kleinen, umschriebenen Teil der Haut. Von da an aber sind die elastischen Fasern in der ganzen Breite der Cutis von den Papillen hinunter bis zur untersten Cutisschicht beinahe vollständig verschwunden, nur vereinzelt findet man ein blafsgefärbtes Fäserchen. In der untersten Cutisschicht, sowie in der Subcutis sind die elastischen Fasern wieder in normaler Zahl vorhanden. Gutgefärbte, dicke Stränge durchkreuzen die kollagenen Bündel geradeso wie in der normalen Haut.

Aufser dieser Zerstörung der elastischen Faser ziehen jene Veränderungen unsere Aufmerksamkeit auf sich, welche sich in den zelligen Elementen der Cutis abspielen. Die ersten Spuren der Veränderungen sind ebenfalls rings um den schon erwähnten Haarfollikel zu bemerken, welchen wir durch eine ganze Reihe von Schnitten verfolgen können und welcher im grofsen und ganzen die normale und veränderte Hautpartie voneinander trennt. An derjenigen Seite des Haarfollikels, welche an die normale Haut angrenzt, sind in den mittleren Cutislagen ungefähr in der Höhe, wo die Talgdrüse in den Follikel mündet, die fixen Bindegewebszellen bedeutend vermehrt, doch nur in der nächsten Nachbarschaft desselben. An die Stelle der unter normalen Verhältnissen in mehr oder weniger grofser Entfernung liegenden Bindegewebszellen sind Gruppen und Streifen, aus drei, vier und noch mehr Zellen bestehend, getreten. Das Protoplasma der Zellen ist etwas voluminöser, besser sichtbar. Aufserdem sind kleine, zum gröfsten Teil aus einkernigen, protoplasmaarmen Lymphocyten bestehende Infiltrationen, namentlich um die kleinen Gefäfse in der mittleren Cutisschicht und im Bindegewebe zwischen den Talgdrüsenlappen, aufgetreten. An den in der Längsachse geschnittenen Gefäfsen ist es sichtbar, dafs das Infiltrat die Gefäfse auf gröfserer Strecke begleitet. Die Vermehrung der fixen Bindegewebszellen und die Infiltrate sind an denselben Stellen zu verzeichnen, wo auch die Verringerung resp. der vollständige

Schwund der elastischen Fasern zutage tritt. Jenseits des Haarfollikels in der Hautpartie, welche auch schon makroskopische Veränderungen aufweist, steigt die Infiltration der Cutis aufwärts in die Papillen, dieselbe durchbricht sogar an manchen Stellen, wie schon oben erwähnt wurde, die Epidermis und verursacht dadurch kleine mikroskopische Risse. Je mehr wir in die pathologisch veränderte Hautpartie eindringen, um so umfangreicher wird die Infiltration; dieselbe bleibt aber stets in den oberen Bindegewebszellen, in den Papillen, subpapillärer und mittlerer Cutisschicht lokalisiert. In den unteren Cutisschichten finden wir keine Infiltration mehr, hier ist nur eine mäſsige Vermehrung der fixen Bindegewebszellen zu konstatieren. Die Infiltration erreicht ihren höchsten Grad rings um das obere Drittel des nächsten Follikels, welches in einer Entfernung von ungefähr 4—5 mm von dem früher erwähnten in der in die Atrophie übergehenden Hautpartie liegt. In diesem Infiltrat treten auſser kleinen Lymphocyten auch gut entwickelte Plasmazellen in beträchtlicher Zahl auf, welche an anderen Stellen nur kaum oder überhaupt nicht vorkommen. Noch weiter wird die Infiltration in den Papillen und um die Gefäſse herum allmählich geringer, bis endlich in dem Hautabschnitt, welcher auch schon makroskopisch vollständig atrophisch erscheint, die Infiltration vollständig verschwunden ist und nur noch die Vermehrung der fixen Bindegewebszellen wahrnehmbar ist.

An den Stellen, wo die Infiltration stärker auftritt, können wir fast gar keine elastischen Fasern mehr finden. Wo einmal die elastischen Fasern verschwunden sind, tritt keine Neubildung derselben mehr auf; seinen höchsten Grad erreicht der Elastinschwund in jenem Teil des atrophischen Fleckes, wo das Infiltrat schon vollständig verschwunden, resorbiert ist. Mit der Verringerung der Infiltration nimmt auch die an mit polychromem Methylenblau-Glycerinäther behandelten Schnitten sichtbare metachromatische Färbung der Cutisfasern ab, als Zeichen der Rückbildung des Ödems. Mastzellen sind vereinzelt überall zu finden, sowohl in dem entzündlichen Anfangsstadium wie im fortgeschrittenen atrophischen Stadium des Bindegewebes.

Die Anhangsorgane der Haut, Talg- und Schweiſsdrüsen, glatte Muskelfasern, zeigen keinerlei atrophische Veränderungen, dieselben sind vollständig normal.

* * *

Aus dem klinischen Bilde und dem histologischen Befunde unseres Falles können wir den pathologischen Verlauf der **Atrophia maculosa cutis** feststellen. Das erste Zeichen der Veränderung ist ein kleiner roter Fleck resp. ein Papelchen, welchem histologisch eine **in der subpapillären und mittleren Cutisschicht beginnende und all-**

mählich gegen die Hautoberfläche sich ausdehnende mäfsige Entzündung entspricht. Dieselbe ist durch eine um die Gefäfse herum beginnende und von hier aus fortschreitende zellige Infiltration, mäfsige seröse Exsudation und Zunahme der fixen Bindegewebszellen charakterisiert. Am ausgesprochensten sind die entzündlichen Erscheinungen in dem die Follikel umgebenden Bindegewebe, und es ist auch sehr wahrscheinlich, dafs, in meinem Falle wenigstens, diese den Ausgangspunkt der Erkrankung bildeten. Der Entzündung folgt der Schwund der elastischen Fasern. Im weiteren Verlauf der Veränderung wird das entzündliche Infiltrat und Exsudat resorbiert, der Schwund der elastischen Fasern bleibt aber bestehen, und so entwickelt sich der atrophische Fleck, das letzte Stadium und die charakteristische Erscheinungsform der Krankheit.

Wenn wir meinen Fall mit den in der letzten Zeit beschriebenen ähnlichen Fällen vergleichen, ist es ersichtbar, dafs derselbe sowohl in seinem klinischen wie in seinem histologischen Verhalten vollständig mit den hierhergehörigen Fällen von Heuss, Galewsky und Oppenheim übereinstimmt. Nur in zwei, meiner Ansicht nach unwesentlichen Punkten finden wir geringe Unterschiede, und zwar erstens in bezug auf Lokalisation, da in den oben erwähnten Fällen die atrophischen Flecken zumeist an den Extremitäten und am Rumpf vorgekommen sind, während in meinem Falle die Veränderungen am Gesicht, am Nacken und in den oberen Regionen der Brust und des Rückens aufgetreten sind. Zweitens unterscheidet sich mein Fall in bezug auf Intensität des entzündlichen Anfangsstadiums, welches in den Fällen obiger Autoren klinisch geringer gewesen zu sein scheint, wie in meinem Falle. Während nämlich Heuss und Oppenheim nur von roten Flecken sprechen, welche nicht über das normale Hautniveau erhaben waren, und dieselben auch bei Betastung keine gröfsere Konsistenz wie die der normalen Haut zeigten, waren bei meiner Kranken neben solchen Flecken auch etwas härter anfühlbare papelartige Läsionen vorhanden, ähnliche wie sie Jadassohn bei seiner Kranken beschrieben hat. Zweifellos ist die pathologische Bedeutung der Flecken wie der Papeln dieselbe, und es kann bei der Beurteilung des Prozesses der Umstand keine Rolle spielen, ob die in beiden Fällen nur geringe Infiltration und Ödem einmal auch beim Tasten zu fühlen ist, ein anderes Mal wieder nicht.

Besonders hervorzuheben ist derjenige Umstand, dafs am Gesicht das klinische Bild der Atrophia maculosa cutis bedeutend von demjenigen des Rumpfes abweicht.

Am Gesicht tritt nämlich das erste Stadium der Erkrankung nicht in Form von blassen Fleckchen oder Papeln auf, sondern es entstehen livid-blaue, augenscheinlich über das Hautniveau erhabene, scharf umschriebene Plaques von gröfserer Konsistenz, welche sich durch langsame Involution

zu atrophischen Flecken umwandeln. Trotz dieses Unterschiedes ist es nicht zu bezweifeln, daſs die Läsionen des Gesichtes und des Rumpfes Symptome ein und derselben Erkrankung sind. Der Unterschied ist wahrscheinlich nur von den lokalen anatomischen Verhältnissen abhängig. Vielleicht ist das reicher ausgebildete Gefäſsnetz, die feinere Faserung des Kollagens und dessen abweichenden Spannungsverhältnisse in der Gesichtshaut, ja sogar ihre dickere Epidermis schuld daran, daſs sehr oft Läsionen ein und derselben Krankheit am Gesicht andere Formen zeigen als an anderen Stellen der Haut.

Wir kennen ja viele diesbezügliche Beispiele in der Dermatopathologie. So ist ein aus irgendeinem Grunde auftretendes einfaches Erythem, welches an Gesicht, Rumpf und Extremitäten zu gleicher Zeit erscheint, oft am Gesicht von papulösem, anderswo von einfachem makulösen Charakter. Übrigens wissen wir ja, daſs lokale Unterschiede auch unter den Läsionen verschiedener anderer Körperregionen existieren. Nur beispielsweise erwähnen wir die Unterschiede, welche zwischen Ekzemen, welche am Unterschenkel und an anderen Stellen der Haut auftreten, existieren, oder die Differenz der Scabiesläsionen je nach Lokalisation (Hände, Achselfalte, Penishaut) usw.

Unter den bis heute bekannt gewordenen Fällen von Atrophia maculosa cutis ist mein Fall der erste, bei welchem die Veränderungen am Gesicht und am Rumpf beisammen vorkamen. Es ist dies ein bemerkenswerter Umstand, denn trotzdem Thibierge geneigt ist, die gesamten Fälle als eine Form des Lupus erythematodes aufzufassen, glaube ich, daſs jene Fälle, bei welchen die Veränderungen ausschlieſslich am Gesicht vorkamen und doch mit mehr oder weniger Bestimmtheit zur Atrophia maculosa gerechnet worden sind, von den übrigen getrennt werden müssen, wie das auch durch Oppenheim getan wird. Für jene kann es in der Tat mit groſser Wahrscheinlichkeit angenommen werden, daſs sie eine spezielle Form von Lupus erythematodes darstellen. Zur Stütze dieser Ansicht wird auch der Umstand herbeigezogen, daſs alle diese Kranke an manifester Tuberkulose litten und so die Veränderungen der Gesichtshaut als Tuberkulid aufzufassen sind.

Eine Ausnahme bildet meiner Ansicht nach Heuss' zweiter Fall, bei welchem die Veränderungen ebenfalls nur am Gesicht aufgetreten sind. Die Beschreibung der Effloreszenzen dieser Kranken stimmt vollkommen damit überein, was ich am Gesicht meiner Patientin beobachten konnte. Und da alles darauf hinweist, daſs in meinem Falle die Veränderungen am Gesicht dieselbe Bedeutung gehabt haben wie die etwas abweichenden Läsionen anderer Körperteile, muſs ich auch den Fall II von Heuss zur echten Atrophia maculosa cutis rechnen, welchen Oppenheim aus dieser Gruppe ausgeschieden hat.

Wenn wir nun sonst die OPPENHEIMsche Statistik, welche er durch sorfältiges Studium der Literatur gewonnen hat, für richtig annehmen, so sind bis jetzt — meinen Fall mitgerechnet — im ganzen sechs Fälle von Atrophia maculosa cutis bekannt geworden. Diejenigen spärlichen Fälle, bei welchen neben typischen makulösen Effloreszenzen auch ausgebreitete atrophische Hautgebiete vorhanden waren, wie in den Fällen JADASSOHNS, MOBERGS und noch anderer Autoren, sowie in OPPENHEIMS Fall II, wollen wir vorläufig nicht zu der im strengen Sinne genommenen Atrophia maculosa cutis rechnen, sondern, wie es OPPENHEIM tut, in eine verwandte, abgesonderte Gruppe ordnen. Ebensowenig kann der schon erwähnte Fall von NICOLAS und FAVRE, wo innerhalb ausgebreiteter erythematöser Plaques atrophische Flecke aufgetreten sind, zur echten makulösen Atrophie gerechnet werden.

Zur Entscheidung der Frage, ob Tuberkulose irgendeine Rolle bei dem Entstehen der Atrophia maculosa cutis spielt oder nicht, kann meine Beobachtung keinen neuen Beitrag liefern. Es konnte zwar in diesem Falle keine Spur von irgendeiner tuberkulösen Erkrankung gefunden werden, doch fehlten mir leider nähere anamnestische Daten. Soviel steht fest, dafs in den meisten Fällen mit mehr oder weniger Sicherheit Tuberkulose nachzuweisen war.

Aus der Praxis.

Aus der Abteilung des Herrn Dr. med. ANT. ELSENBERG für Haut- und Syphiliskrankheiten im Krankenhause zu Czyste.

Ein Fall von Syphilis der Oberkiefergelenke.

Vorgelegt von

Dr. WACLAW STERLING.

A. J., 25 Jahre alt, Kommis, liefs sich den 16. März 1906 auf die Abteilung aufnehmen. Er klagt über seit vier Wochen datierende Beschwerden beim Aufmachen des Mundes, welche ihm die Aufnahme fester Nahrung fast gänzlich unmöglich machen. Das Übel entwickelte sich allmählich, Patient ist aber nicht imstande, genau anzugeben, wann es begonnen hatte. Zu Beginn spürte Patient Schmerzen in der Gegend des linken Oberkiefergelenkes, zwei Wochen darauf trat dasselbe auf der rechten Seite ein. Die Anamnese ergibt, dafs sich der Kranke vor fünf Jahren mit Syphilis ansteckte und dafs er nach dem Erscheinen eines Ausschlages eine spezifische Kur durchgemacht hat; er wurde nachher

nicht mehr behandelt und merkte auch keine Symptome von Syphilis. Außerdem erkrankte er vor einem Jahre an Gonorrhoe, die geheilt wurde, nach einem halben Jahre steckte er sich jedoch wieder an und schließlich vor zwei Monaten erkrankte er zum dritten Male an Gonorrhoe.

Patient ist von mittlerem Bau, gut genährt. Bei der Untersuchung fühlen wir beiderseits eine Verhärtung der inguinalen Lymphdrüsen. Die Gegend des Jochbeines und des Arcus zygomaticus, sowie der untere Teil der Temporalgegend und des Kiefergelenkes erscheinen auf der linken Seite aufgetrieben. Bei der Betastung fühlt man eine im Vergleiche mit der rechten Seite deutliche Verdickung der Gesichtsfläche und des Arcus. Bei einem möglichst weiten Öffnen des Mundes geht zwischen den oberen und den unteren Zähnen kaum der kleine Finger durch. Über spontane Schmerzen klagt Patient nicht, es stellen sich aber Schmerzen in den beiden Oberkiefergelenken bei Bewegungen und bei Druck ein. Bei starkem Drucke auf den Oberkiefer von einer Seite treten Schmerzen im entgegengesetzten Oberkiefergelenke auf.

Die Untersuchung der inneren Organe weist keine Abnormitäten auf. Im Urin findet man weder Eiweiß noch Zucker, die Menge der Harnsäure ist nicht vergrößert. Die Untersuchung der Geschlechtsorgane zeigt eine (subacute) blennorrhagische Entzündung der vorderen Harnröhre. J. stammt aus einer gesunden Familie. Weder die Anamnese noch die Untersuchung berechtigen zur Annahme einer hereditären Belastung.

Nun entsteht die Frage, auf welchem Boden sich der Prozeß im Oberkiefergelenke entwickelte? Eine traumatische Entstehung ist mit Leichtigkeit auszuschließen, da die Anamnese keine Anhaltspunkte dafür liefert. Es bleiben daher: Gelenkrheumatismus, Arthritis, Gonorrhoe, Tuberkulose und Syphilis.

Gelenkrheumatismus beginnt ziemlich plötzlich, deutlich, mitunter mit einem Schüttelfrost; während der ganzen Krankheit hält Fieber an, mit Ausnahme von sehr seltenen chronischen oder wenig entwickelten Fällen; die Zahl der gleichzeitig affizierten Gelenke ist beträchtlich, der Entzündungsprozeß geht rasch von einem Gelenke auf das andere über; sehr häufige Schmerzen in den Muskeln; ferner tritt bei Gelenkrheumatismus profuser Schweiß hervor, es stellen sich häufige Komplikationen von Endo- und Pericarditis, Pleuritis ein und schließlich ist im Stadium der Entzündung die Menge der Harnsäure erhöht, in den Intervallen aber — normal. Aus der Darstellung des gegenwärtigen Falles wird ersichtlich, daß derselbe sich nicht in die Kategorie der Fälle von Rheumatismus einreihen läßt. Gegen Arthritis spricht das langsame und nicht plötzliche Einsetzen der Krankheit, Fehlen von Fieber, der Charakter des Leidens ist ein konstanter, nicht anfallsweise; der Mangel von Harnsäureablagerungen, endlich die Resultate der Harnanalyse.

Ferner beweist die Anamnese, dafs Patient an Gonorrhoe leidet, es ist daher die Möglichkeit der Entstehung des Entzündungsprozesses im Gelenke auf dem Boden der Gonorrhoe in Betracht zu ziehen. Gegen diese Annahme spricht:

1. Das relative frühe Hervortreten des Prozesses im Gelenke (zwei Monate nach Erscheinen der Gonorrhoe), während in der Regel nur inveterierte Fälle von Gonorrhoe Komplikationen in den Gelenken nach sich ziehen.

2. Gonorrhoischer Rheumatismus lokalisiert sich selten in einem Gelenke, gewöhnlich befällt er mehrere Gelenke. (Jullien.)

3. Das Symptom der Fluktuation findet sich sowohl bei Arthritis blennorrhagica, wie auch bei Hydarthros.

4. Komplikationen in den Gelenken entstehen gewöhnlich bei Gonorrhoe des hinteren Teiles der Harnröhre, nämlich der Pars prostatica und der gonorrhoischen Affektion der Prostata. Diese beiden Prozesse sind gegebenenfalls ausgeschlossen.

Es bleiben demnach nur noch zwei ätiologische Faktoren, die das oben beschriebene Leiden zu verursachen imstande wären: nämlich Tuberkulose und Syphilis. Die Differentialdiagnose zwischen diesen Prozessen ist hier auf klinischem Wege sehr schwer zu stellen. Das gleichzeitige Bestehen anderer Symptome von Syphilis, die mikroskopische Untersuchung und die Wirkung der spezifischen Therapie sind hier ausschlaggebend. In Anbetracht einerseits der Abstammung des Patienten aus einer gesunden Familie und des Fehlens jedweder Symptome, welche auf Tuberkulose hinweisen, anderseits der Anamnese nach der nicht hinreichend geheilten Syphilis, wäre man schon à priori geneigt, die Diagnose auf Syphilis zu stellen. Die Richtigkeit der letzteren bewährte sich vollständig bei der Anwendung der spezifischen Therapie.

Wir hätten es also hier mit einer Spätform von syphilitischer Affektion des Oberkiefergelenkes zu tun, bei welcher die Veränderung an den Enden der Gelenkknochen einsetzte, eine Vergröfserung der Gelenkflächen und somit eine Behinderung der Bewegungen in diesem Gelenke verursachte.

Unter dem Einflusse einer gemischten spezifischen Therapie trat die Schmerzhaftigkeit rasch, wenn auch successive zurück, die Verdickung der Gelenkknochen verminderte sich, und konnte der Patient in demselben Mafse den Mund immer weiter aufmachen. Immerhin verblieb eine gewisse Verdickung der Gelenkenden, weswegen der Patient wahrscheinlich die Fähigkeit, den Mund vollständig zu öffnen, nie wieder gewinnen wird.

Ich veröffentliche diesen sehr seltenen Fall, da ich in der mir zugänglichen Literatur keinen ähnlichen finden konnte.

Versammlungen.

Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 35. Kongreß 1906.
(*Zentralbl. f. Chir.* 1906. Nr. 28. Beilage.)

Aus denselben interessiert uns:

Ausscheidung von Bakterien durch die Schweißdrüsen, von WREDE. Verfasser kommt auf Grund seiner Tierversuche zu dem Schluß, daß bisher ein einwandsfreier Beweis für die Ausscheidung von Bakterien aus der Blutbahn durch die Schweißdrüsen noch nicht erbracht ist. In sechs Versuchen konnte er den Bacillus prodigiosus nicht nachweisen. (S. auch Bd. 43, S. 668.)

Hereditäre Gelenklues, von BOSSE. (Histologisches und Radiologisches.) Verfasser hat Untersuchungen angestellt über die Häufigkeit des Zusammentreffens von Keratitis interstitialis mit Gelenkleiden bei Lues hereditaria tarda. Er hat sodann histologische Studien (durch Probeexcisionen) und Röntgenuntersuchungen angestellt. Er fand teils gummöse Synovitis, teils Gummata im histologischen Bilde der einfachen Synovitis ohne jegliches Anzeichen von Tuberkulose und dabei schwere diaphysäre und epiphysäre Veränderungen der Knochen.

Die chirurgische Behandlung des Gesichtslupus, von SCHULTZE. Verfasser hat durch radikale Exstirpation des Gesichtslupus mit nachfolgender Transplantation nach THIERSCH gute Resultate erzielt. Nachoperationen sind allerdings oft nötig. Hauptsache ist, daß radikal exstirpiert wird, eventuell in mehreren Sitzungen. Am schwierigsten gestalten sich die Verhältnisse bei Mitbeteiligung der Nase; ist das Septum perforiert, so ist die mediane Spaltung der Nase notwendig und zwar ohne Naht; die Wunde wird solange offen gehalten, bis man sich von der Heilung im Innern überzeugt hat. Eine Plastik ist nicht zu umgehen. In 78 Fällen hat Verfasser die Methode probiert.

Über rationelle ambulante Behandlung der varikösen Venen und Geschwüre der Unterschenkel, von LOSSEN. Statt Bettruhe empfiehlt Verfasser ambulante Behandlung mit geeigneter Gymnastik und Massage zur Kräftigung der Muskulatur des Unterschenkels. *F. Hahn-Bremen.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.
Band 84. Heft 1—3. April 1907.

Festschrift, gewidmet ALBERT NEISSER. Dieser Band enthält lediglich Arbeiten von NEISSERS Schülern zur Feier der 25. Wiederkehr des Tages, an welchem der hochverdiente Forscher seine Professur antrat, und beweist die Dankbarkeit, welche ihm seine Schüler — und mit ihnen sicherlich alle Dermatologen — zollen.

I. **Ein schwerer Fall von Morbus RAYNAUD,** von ED. ARNING. Es handelt sich um zwei Töchter aus sonst gesunder Familie, deren Eltern und Geschwister völlig

gesund waren. Die eine Schwester war bereits verstorben, hatte aber dieselben Erscheinungen gezeigt, wie die lebende Patientin. Dieselbe hatte vom dritten Lebensjahre an an Frostbeulen gelitten, auch hatte sie früher oft an weifsen, abgestorbenen Ohrrändern und Nasenspitze gelitten und häufig Anfälle von schwerem Kopfweh und Amaurose gehabt. Seit zehn Jahren aber hatten sich die ersten Spuren von symmetrischer Gangrän zunächst an den Fingerspitzen eingestellt unter Schwarzfärbung und Mumifizierung derselben. Jetzt sind von beiden Händen nur noch Stümpfe vorhanden, ebenso an den Füfsen nur noch Reste von Zehen. Überall an den Resten sind tiefe, nekrotische Geschwüre, dagegen fehlen irgendwelche Zeichen von Veränderung in dem mimischen Ausdrucke des Gesichtes. Thenar und Hyperthenar beiderseits erhalten, ebenso die Sensibilität in allen Qualitäten. Steognosiesinn vorhanden, nirgends sklerodermische Prozesse. Faradische Erregbarkeit der erhaltenen kleinen Fingermuskeln normal, nirgends Entartungsreaktion. Reflexe normal. Die Diagnose Raynaudsche Krankheit konnte mit Sicherheit gestellt werden. Die Patientin ist jetzt sehr heruntergekommen, hat stetige Schmerzen und meist schlaflose Nächte. Arning machte Biersche Stauungen, welche die Schmerzen linderten. Neben der Stauung wurde die Koprostase sehr energisch behandelt. Die Patientin erholte sich zusehends unter der Behandlung, die permanente leichte Stauung liefs das Gefühl kalter Hände und Füfse gar nicht aufkommen, die Schmerzen schwanden immer mehr, die nekrotischen Partien heilten ab und überhäuteten sich. Nach vier Wochen wurde Patientin frisch und blühend aussehend mit 12 Pfund Gewichtzunahme entlassen.

II. **Zur Kasuistik der Hypotrichosis congenita familiaris**, von Th. Baer-Frankfurt a. M. Bei den Patienten Baers war aufser der Hypotrichosis absolut keine andere Hautkrankheit vorhanden; anamnestisch war der Nachweis der fötalen Lanugo und späterer Ausfall derselben, mangelnder, fast völlig unterbliebener Nachwuchs erbracht. Der eine Patient kam haarlos zur Welt und blieb so; seine Schwester hatte bei der Geburt reichlich Haare, die aber nach 14 Tagen völlig ausfielen; sie blieb kahl; eine andere Schwester verlor die Haare mit 3/4 Jahren und blieb kahl, ebenso eine dritte Schwester, sechs andere Geschwister hatten normale Haare wie die Eltern. Bei keinem der Patienten hat sich eine bleibende Haarbildung eingestellt. Die Fälle stellen den Typus der Hypotrichose dar.

III. **Über ein hämorrhagisches Exanthem mit Allgemeinerscheinungen**, von G. Baermann-Sumatra. In der Zeit vom 5. Juni bis 14. August 1906 wurde eine Anzahl von Fällen einer merkwürdigen Hautkrankheit auf Sumatra beobachtet, von denen Verfasser sechs ausführlich beschreibt. Das Leiden ist charakterisiert durch ein spezifisches Exanthem, durch eine Erkrankung der Konjunktival-, Nasen- und Bronchialschleimhaut mit ihren Folgeerscheinungen, durch eine starke Beeinflussung des Zirkulationsapparates, durch eine ziemlich einheitliche Puls- und Temperaturkurve und durch eine, namentlich bei schwereren Fällen rasch eintretende Abmagerung mit ziemlich lange dauernder Schädigung des Allgemeinbefindens. Die Art der Übertragung ist nicht bekannt, die direkte Übertragung von Person zu Person scheint aber an bestimmte, vielleicht lokale Momente gebunden zu sein, denn Verfasser konnte im Hospital keine Übertragung konstatieren, obwohl durch den momentanen lokalen Umbau des Hospitals die Patienten auf einen sehr kleinen Raum beschränkt waren.

IV. **Über Elektrophorese**, von Julius Baum-Berlin. Die Versuche, den elektrischen Strom zur Einführung von Stoffen in die Haut und durch die Haut in den Körper zu benutzen, sind schon sehr alt. Verfasser stellt durch seine Untersuchungen fest, dafs mit Sicherheit Medikamente nicht nur in der Richtung des Stromes eindringen, sondern auch gegen den Strom, dafs also nicht nur Kataphorese, sondern auch Anaphorese möglich ist. Ferner beweisen die umfangreichen Versuche Baums,

dafs die Kataphorese wohl meist das wirksame Prinzip ist und nicht die Jontophorese. Aber nicht nur die Kataphorese nach der ursprünglichen Auffassung, d. h. in der Richtung des Stromes, sondern auch entgegen der Stromrichtung. Es ist aber nach den Versuchen nicht angängig, mit absoluter Bestimmtheit zu sagen, ein Medikament geht nur von einer bestimmten Elektrode aus in den Organismus; im allgemeinen wird stets der eine Weg den anderen überwiegen, aber nicht ausschliefsen. Z. B. Jodkalium. Von der Anode aus dringt ein: Sublimat, Kokain, Lithion, Methylenblau, Chinin, Atropin; von der Kathode aus: Salicylsäure, Essigsäure, Chromsäure, Ichthyol, Arsenik. Es ist also nötig, bei jedem Mittel, welches wir verwenden, vorher zu prüfen, ob es an dem + Pol oder am — Pol eindringt. Die Tiefenwirkung der Elektrophorese ist sehr gering. Der Strom ermöglicht nicht nur das Einführen von Körpern unter die Haut, sondern bewirkt auch gleichzeitig am anderen Pol eine Aufsenbewegung nach der Oberfläche der Haut. Von Hautkrankheiten dürfen nicht solche in das Bereich der Elektrophoresetherapie fallen, bei denen eine Reizung schädlich wirkt. Entsprechend der besonderen follikulär auftretenden Wirkung der Elektrophorese sind follikuläre Prozesse immer die Hauptdomäne dieser Behandlungsart gewesen. Gute Erfolge hat man daher bei Trichophytie, Follikulitiden unter Verwendung von Ichthyol von der Kathode aus, ebenso mit Sublimat.

V. **Beiträge zur Ätiologie der Impetigo contagiosa,** von E. Bender-Wiesbaden. Die banalen Staphylokokken sind sicher nicht die Erreger der Impetigo contagiosa, vielmehr sind Streptokokken mit gröfster Wahrscheinlichkeit als Erreger der Krankheit anzusehen. Es ist nicht angängig, ihre Anwesenheit einfach als unwesentlich zu ignorieren. Die von Unna zuerst beschriebenen Impetigokokken sind nicht banale Staphylokokken. Ihre Beziehungen zu diesen sind nicht näherer Art als zu Streptokokken.

VI. **Zur Frage der reflektorisch bedingten Hauterkrankungen,** von Bettmann-Heidelberg. Die Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, ob von Affektionen der männlichen Harnröhre aus eine Beeinflussung der Haut erfolgt, die im Sinne nervös-reflektorischer Vorgänge zu deuten wäre. So stellte Verfasser fest, dafs eine Hyperalgesie im Zusammenhang mit einer manifesten Verschlimmerung der Blennorrhoe auftritt. Sie war in zwölf Fällen im Anschlufs an einen lokalen Eingriff in die Urethra posterior zu konstatieren. Bei sechs Fällen chronischer Urethritis posterior trat die Hyperalgesie im Anschlufs an einen Coitus oder an eine Pollution hervor. Sie war hier der einzige Ausdruck einer durch den sexuellen Vorgang erfolgten Reizung. Es zeigten die Untersuchungen an Blennorrhoischen, dafs eine charakteristisch gelegene hyperalgetische Zone bei einer Erkrankung der Urethra posterior sowohl spontan bestehen, als auch auf gewisse lokale Reize hin in Erscheinung treten kann. Diejenige Hautaffektion, die hauptsächlich in Betracht kommt, ist der Herpes genitalis recidivans. Das Auftreten dieses Leidens scheint bei vielen Männern an intraurethrale Voraussetzungen geknüpft, es schliefst sich oft an urethrale Reize an. Bei vier Fällen fand B. neben dem genitalen Herpes eine Hyperalgesie. Der gewöhnliche Sitz des Herpes sexualis entspricht einem Maximalpunkte der Zone. Verfasser glaubt an eine Zusammengehörigkeit des Herpes genitalis mit dem Zoster.

VII. **Experimentelle Untersuchungen über Ausscheidung von Bakterien und einigen löslichen bakteriellen Substanzen durch den Schweifs,** von Anton Blumenfeld-Lemberg. Die Versuche bestätigen die von Biedl und Kraus vertretene und durch Experimente erhärtete Ansicht, dafs die den Speichel produzierenden Drüsen Bakterien nicht mit auszuscheiden vermögen. Was die Schweifsuntersuchungen betrifft, so zeigen die umfangreichen Experimente B.s, dafs das in die Blutbahn gebrachte Jodkalium mit dem Schweifse ausgeschieden wird, das Fluorescin nicht.

Agglutinine werden auch nicht mit ausgeschieden. Die Frage nach der Ausscheidung der Toxine bleibt unentschieden.

VIII. **Einiges zur Frage der Behandlung der männlichen akuten Blennorrhoe,** von EUGEN BORZECKI-Krakau. Die Ansichten des Verfassers nach seiner Erfahrung bei Behandlung der akuten männlichen Blennorrhoe lauten etwa wie folgt: Die örtlich, womöglich zeitlich eingeleitete Behandlung, vor allem mit Höllensteinverbindungen, ist jeder anderen bei frischer Blennorrhoe überlegen. Die Blennorrhoea anterior acuta mit stark ausgesprochenen Symptomen der Entzündung gibt aber wenig Aussicht auf positiven Erfolg bei dieser Behandlung. Die Blennorrhoea anterior et posterior acuta kontraindiziert die lokale Behandlung. Es ist bei den letzteren Fällen mit der lokalen Behandlung bis zum Vorübergehen des akuten Stadiums zu warten.

IX. **Ein Sanatorium für Hautkranke aus uralter Zeit,** von ADOLF BRANDT-Magdeburg. Eine interessante kulturhistorische Arbeit nach alten Quellen.

X. **Über symmetrische Schwellung der Schläfen und Wangen, hervorgerufen durch lymphocytäre Infiltrate in Muskulatur, Periost und Schleimhaut,** von A. BUSCHKE-Berlin. Bei einem gesunden Manne trat zuerst eine Ulceration an der linken Wange, anscheinend hervorgegangen aus einem im wesentlichen lymphocytären Infiltrat auf; diese Ulceration wuchs, das Infiltrat durchsetzte allmählich die Wange. Eine ähnliche Einlagerung entwickelte sich dann in der Schläfenmuskulatur und in dem Periost des Schläfenbeins. In unregelmäßsigen Intervallen zeigten sich dann spontane und auch unter Arsentherapie akut entzündliche Erscheinungen. Zuletzt trat eine plötzliche Verschlimmerung ein mit hohem Fieber, die zum Tode führte. Es handelte sich um ein in das Gebiet der leukämischen Affektionen zu rechnendes Leiden, wahrscheinlich um die MIKULICZsche Krankheit.

XI. **Über die Verhornung der Epidermis beim menschlichen Embryo,** von AXEL CEDERCREUTZ-Helsingfors. Der Zeitpunkt, wo die Verhornung der embryonalen Epidermis beginnt, ist nicht genau bekannt. Verfasser bemüht sich nun, eine Reihe frisch aufbewahrter menschlicher Föten mittels der ZILLIACUSschen Methode zu färben und zu beobachten, wie sich die durch die Pikrinsäure und durch das Hämalaun gefärbten Partien zueinander verhielten. Es ergab sich aus den Untersuchungen, dafs beim menschlichen Embryo die Verhornung sich in der Weise vollzieht, dafs die zuerst angelegten Teile zuerst verhornen. An den Stellen, wo sich durch Epithelpfropfbildung die Orifizien des Körpers ausbilden (Nase, Mund), ist der Verhornungsprozefs ein besonders reger. Die Verhornung des Rumpfes und des Kopfes hat schon im zweiten Fötalmonate begonnen, im dritten ist die ganze Körperoberfläche schon in Verhornung begriffen. Das Horngewebe, wie es sich in den ersten Embryonalmonaten darstellt, erleidet durch postmortale Prozesse sehr leicht chemische Veränderungen, so dafs es nicht mehr die für das Horngewebe oder für das Keratoeleidin charakteristischen Farbenreaktionen gibt.

XII. **Über Pseudoexanthoma elasticum und über kolloide Degeneration der Haut,** von K. DOHI-Tokio. Genaue Schilderung eines Falles von Pseudoxanthom; es handelt sich um eine ausschliefsliche und eigenartige Erkrankung der elastischen Fasern; sie sind aufgequollen, ihr Verlauf wird unregelmäfsig, teils sind sie fragmentiert oder körnig zerfallen.

XIII. **Über Lupus erythematodes im Kindesalter,** von GALEWSKY-Dresden. Bisher ist nur 17 mal in der Literatur über Lupus erythemathodes bei Kindern unter zehn Jahren berichtet worden. G. beschreibt einen Lupus erythematodes bei einem 11½jährigen Mädchen. Er meint, dafs der Lupus erythematodes häufiger und frühzeitiger beim Kinde vorkommt, als man es bisher angenommen hat.

XIV. **Beitrag zur Lehre von den Hauterkrankungen bei Neurosen,** von Gayer-Zwickau. Einige Fälle von trophoneurotischen Hauterkrankungen und Sammelreferat über die einschlägige Literatur.

XV. **Ein Fall von Pemphigus chronicus,** von Hugo Guth. Für die Prognose eines bestehenden Pemphigusfalles gehört neben der Intensität und Extensität der Blaseneruptionen als wesentliches Merkmal der Nachweis aller jener Symptome, die auf eine Intoxikation hinweisen, wie im vorliegenden Falle die Urticaria factitia.

XVI. **Beitrag zum Studium der Hautsarkoide,** von Henri Halkin - Liège. Verfasser beobachtete mehr als drei Jahre lang einen Fall von sarkoiden Tumoren des Boeckschen Typus, den er genau beschreibt, einschliefslich der histologischen Untersuchung. Es erscheint ihm, dafs die gutartigen Hautsarkoide keine Beziehungen zur Tuberkulose haben und dafs die subcutanen Sarkoide nach dem Typus Darier eigentlich keine Sarkoide sind, dafs ein tuberkulöser Ursprung zwar sehr wahrscheinlich bei ihnen erscheint, aber nicht erwiesen ist.

XVII. **Zehn Fälle von Mykosis fungoides mit Bemerkungen über die Histologie und Röntgentherapie dieser Krankheit,** von K. Herxheimer und H. Hübner. Bericht über zehn Fälle von Mykosis fungoides mit Krankengeschichten und histologischen Untersuchungen. Es zeigte sich, dafs die Röntgenstrahlen als ein spezifisches Heilmittel gegen die Mykosis zu betrachten sind, und es ist histologisch erwiesen, dafs sie allmählich die spezifischen Elemente der Krankheit zu zerstören imstande sind. Zweckmäfsig ist eine Kombination von Arsen- und Röntgentherapie, worin eine Behandlungsmethode gefunden ist, welche, rechtzeitig angewandt, oft heilend und das Umsichgreifen des Prozesses kupierend wirkt und die gestattet, eine bedeutend günstigere Prognose zu stellen, als es bisher möglich war.

XVIII. **Ein Fall von Porokeratosis Mibelli,** von J. Himmel-Kasan. Kasuistisches Material.

XIX. **Eine besondere Form der Trichophytie als Folgeerscheinung des permanenten Bades,** von E. Jacobi - Freiburg. Die Badetrichophytie wird hervorgerufen durch Keime, die normaliter in dem Badewasser vorkommen und die erst auf der, durch das permanente Bad in ganz aufserordentlichem Grade mazerierten Epidermis, speziell derjenigen kachektischer Individuen, die zum Wachstum und zur Vermehrung nötigen Bedingungen finden und damit auch eine gewisse, sehr schwache Virulenz erlangen. Durch Austrocknen erlischt ihre ohnehin geringe Virulenz vollständig.

XX. **Über das Pseudoexanthoma elasticum,** von Fritz Juliusberg-Berlin. Es ist Tatsache, dafs Tumoren, die wir nach dem heutigen Stande mit dem Pseudoxanthoma elasticum identifizieren dürfen, existieren, die aus einem Gewebe bestehen, das in vieler Hinsicht, speziell in wichtigen färberischen Reaktionen, mit dem normalen elastischen Gewebe eine weitgehende Verwandtschaft aufweist, das aber in anderer Hinsicht, besonders in seiner Struktur, eine gewisse Selbständigkeit gegen das umgebende normale elastische Gewebe zeigt. Solche Tumoren würde man in pathologisch-anatomischer Hinsicht am eindeutigsten als Elastome bezeichnen.

XXI. **Spirochäten beim spitzen Kondylom,** von Max Juliusberg-Frankfurt a. M. J. fand auch in den spitzen Kondylomen Spirochäten, welche sich aber deutlich von der Spirochaeta pallida unterschieden. Ob diese Spirochäten zur Ätiologie der spitzen Kondylome in Beziehung stehen, kann Verfasser nicht beweisen. Einwandsfreie Übertragungsversuche sind bisher nicht gelungen.

XXII. **Über Lupus pernio,** von Victor Klingmüller-Kiel. Die Ansichten über die Ätiologie des Lupus pernio sind noch immer sehr verschieden; die eine Gruppe der Autoren rechnet sie den tuberkulösen Krankheiten zu, die andere bestreitet den

Zusammenhang mit Tuberkulose. Im grofsen und ganzen kann man die Ansichten in folgende vier Gruppen teilen: 1. Der Lupus pernio ist eine tuberkulöse Hautkrankheit (JARISCH, RILLE, JADASSOHN), weil sich in echten Herden von Lupus pernio typische Lupusknötchen finden. 2. Der Lupus pernio ist keine rein bazilläre Tuberkulose, sondern durch Toxine des Tuberkelbacillus hervorgerufen. 3. Der Lupus pernio ist dem Lupus erythemathodes verwandt, hat aber keine Beziehung zur Tuberkulose. 4. Lupus pernio ist eine selbständige Krankheit. K. berichtet nunmehr über drei Fälle von Lupus pernio, welche für die tuberkulöse Natur des Leidens sprechen. Der histologische Bau ist ganz und gar lupusähnlich, das Auftreten von Lupusknötchen kann wenigstens so gedeutet werden, dafs sich der Lupus pernio zu einer echten Hauttuberkulose fortentwickelt. Die örtliche Reaktion war in dem einen Falle von K. deutlich vorhanden gewesen. Der chronische Verlauf der Krankheit, das Auftreten von Nekrosen, Fistelbildungen und die Einschmelzung von Knochensubstanz traten unter einer Form auf, wie sie bei der Skrophulotuberkulose vorkommt. Diese Tatsachen beweisen aber nicht unbedingt die tuberkulöse Natur des Lupus pernio. K. schliefst sich der Ansicht KREIBICHS an, welcher den Lupus pernio als typisches Krankheitsbild den übrigen Formen der bewiesenen oder vermuteten Hauttuberkulosen anreiht.

XXIII. **Zur Frage der Natur und Behandlung der Leukoplakie der Schleimhäute**, von C. KOPP-München. An 32 Fällen, darunter 29 von Leukoplakia buccalis, machte KOPP seine Beobachtungen und berücksichtigte dabei folgende Gesichtspunkte: 1. Inwieweit ist ein Zusammenhang der Leukoplakie mit Syphilis anzunehmen? 2. Welche Beziehungen bestehen zwischen Leukoplakie einerseits und dem daraus entstehenden Epitheliom andererseits? 3. Ist die antiluetische Behandlung von nennenswertem Einflusse auf den Verlauf der Erkrankung? 4. Welche therapeutischen Mafsnahmen sind sonst als empfehlenswert zu betrachten? Bei seinen 29 Fällen war bei keinem der strikte Beweis der vorangegangenen luetischen Infektion vorhanden; es handelt sich bei allen um klinisch wohl charakterisierte Leukoplakien von langer Dauer. Immerhin besitzt das Vorhandensein einer Leukoplakia buccalis für die Diagnose einer vorangegangenen Syphilis einen geradezu pathognomischen Wert, so dafs man meist annehmen kann, der Kranke war früher syphilitisch; doch handelt es sich bei der Leukoplakie um eine parasyphilitische Erkrankung, bei der die antiluetische Therapie keinen Nutzen gewährt. Viermal beobachtete Verfasser ferner den Übergang von Leukoplakia in Epitheliom, die Fälle endeten letal trotz operativer Eingriffe. Da die antiluetische Therapie meist versagt, so mufs man neben operativen Eingriffen eventuell auch andere therapeutische Mafsregeln anwenden, z. B. Rauchverbot, Spülungen mit Kochsalzlösungen, Pinselung mit 30%iger Chromsäure, Galvanokaustik, Ätzungen mit 50%igem Acidum lacticum. Gut ist auch die lokale Anwendung von Perubalsam oder Aufpinselung LUGOLscher Lösung oder schliefslich die Methode von LEVY-BING (Injektionen von grauem Öl in verschiedenen Absätzen).

XXIV. **Erfahrungen über Karbolsäure bei Hautkrankheiten**, von RUDOLF KRÖSING-Stettin. K. verwandte die Karbolsäure bei einer gröfseren Reihe parasitärer Hauterkrankungen mit Erfolg, und zwar als Acidum carbolicum, Spiritus liquefactum, z. B. bei Furunkeln. Das Mittel ist zuverlässig und ungefährlich und zumal bei reiner Furunkulose und bei durch impetiginöse und furunkulöse Prozesse komplizierten Dermatosen sehr am Platze.

XXV. **Über Leukoderma psoriaticum**, von REINHOLD LEDERMANN-Berlin. Der histologische Befund des Leukoderma psoriaticum ist identisch mit dem des Leukoderma syphiliticum. Das erstere entsteht sowohl ohne vorangegangene Behandlung, als auch bei interner oder subcutaner Arsendarreichung, sowie nach Anwendung äufserer

Mittel (Pyrogallol, Chrysarobin usw.). Die Entwicklung des Leukoderma psoriaticum geht entweder in der Weise vor sich, dafs die nach Abfall der Schuppen hinterbleibenden roten Plaques sich allmählich entfärben, oder dafs zunächst um die Effloreszenz herum ein leukodermatischer Hof entsteht. Das Leukoderma psoriaticum ist entweder von hyperpigmentierter Haut umgeben, oder die Pigmentanhäufung am Rande fehlt vollständig. Die Dauer des Leukoderms ist verschieden lang; Fälle von 1½jährigem Bestehen sind beobachtet worden. Durch Behandlung wird die Form und Beschaffenheit des Leidens nicht sichtbar beeinflufst. Differentialdiagnostische Schwierigkeiten zwischen Leukoderma psoriaticum und syphiliticum können nur ausnahmsweise auftreten. Die Depigmentationen bei Lues sind gleichmäfsiger geformt, schärfer konturiert als bei Psoriasis und sitzen meist am Nacken, während typische Leukodermaflecke bei Psoriasis nicht so selten auch an Rücken, Brust, Stirn auftreten. Die Feststellung und Verwertung des Leukoderma psoriaticum geschah zuerst durch Rille.

XXVI. **Über die Epidermolysis bullosa hereditaria und ihren Zusammenhang mit der Raynaudschen Krankheit**, von P. Linser-Tübingen. Verfasser teilt einige Beobachtungen mit, die u. a. auch einen Zusammenhang zwischen Epidermolysis bullosa hereditaria und vasomotorischen Neurosen, speziell mit der Raynaudschen Krankheit, nahelegen.

XXVII. **Zur Abortivbehandlung der Blennorrhoe**, von Victor Lion-Mannheim. Nach L.s Ansicht ist die Abortivbehandlung keineswegs von vornherein zu verwerfen, gibt vielmehr die Möglichkeit, bei richtiger Auswahl der Fälle eine Zahl von Patienten erfolgreich zu behandeln. Sonst nichts Neues.

XXVIII. **Ein eigentümlicher Fall von renaler Massenblutung**, von F. Loewenhardt-Breslau.

XXIX. **Über Exacerbation latenter Blennorrhoe nach der Entbindung**, von Bruno Löwenheim-Liegnitz. Eine latente Blennorrhoe exacerbierte nach der Entbindung; ähnliche Fälle beobachtete Verfasser noch fünfmal. Es geht daraus hervor, dafs selbst ein langdauernder und häufiger geschlechtlicher Verkehr mit einer tripperkranken Frau lange Zeit ohne Ansteckung des Mannes verlaufen kann. Geburten scheinen aber auch dann noch Gelegenheit zur Ausbreitung und Verschlimmerung der früheren Krankheit zu bieten, deren Reste irgendwo versteckt gewesen sind, z. B. in den Bartholinischen Drüsen.

XXX. **Beitrag zur Histologie der durch Röntgenstrahlen verursachten Veränderungen bei malignen Tumoren der Haut**, von Thomas v. Marschalko. Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf maligne Tumoren der Haut äufsert sich wesentlich in zwei Richtungen, einmal tritt schon ganz früh eine mächtige reaktive Entzündung auf mit Verdickung des Epithels, Durchtränkung des Gewebes mit Leukocyten, stark erweiterten, zum Teil neugebildeten Gefäfsen, Schwellung der Endothelzellen, bei den gröfseren Gefäfsen teilweise mit Verdickung der Intima und Auflockerung der Media und mit der Bildung eines mächtigen, zum grofsen Teil aus Plasmazellen bestehenden Zellinfiltrates. Hierzu gesellt sich bald eine Bindegewebsproliferation, welche unter Bildung zahlreicher Riesenzellen in den späteren Stadien zu einer mächtigen Hypertrophie des kollagenen Gewebes führt, welche von der Peripherie gegen das Zentrum fortschreitet und offenbar die Tendenz hat, eine Abkapselung der spezifischen Geschwulstelemente herbeizuführen. Hand in Hand mit dieser entzündlichen Reaktion geht aber auch eine Degeneration der Geschwulstzellen. Bei Carcinomen entsteht bald Degeneration und Nekrose durch Röntgenstrahlan, sie werden primär beschädigt, ebenso das Bindegewebe; diese Schädigung führt dann zur hochgradigen Steigerung der bei den Carcinomen ohnedies mehr oder weniger ausgeprägten entzündlichen Infiltration und zur Bindegewebsproliferation. Die primären

Schädigungen der Krebszellen sowie des Bindegewebes scheinen von einander ganz unabhängig als Folgeerscheinungen der Einwirkung der Röntgenstrahlen aufzutreten. Ähnlich scheint sich die Wirkung der Röntgenstrahlen auch beim Sarkom zu äufsern. Die Tiefenwirkung der Strahlen ist nur gering. Die verschiedenen Arten der Hautkrebse, ob sie basozelluläre oder spinozelluläre, oder Mischformen sind, reagieren auf die X-Strahlen ganz gleich; ja sogar maligne Tumoren nicht epithelialer, sondern bindegewebiger Natur scheinen ebenfalls in ganz analoger Weise auf dieselben zu reagieren. Es scheint, dafs die Tumorzellen als die labilsten und mit weniger Vitalenergie ausgestattete Elemente gegen die Strahlen sehr empfindlich sind und teils durch eine primäre Schädigung, teils durch gleichzeitige reaktive Entzündung einer Degeneration und Nekrose anheimfallen.

XXXI. **Klinisches und Kasuistisches von den syphilitischen Erscheinungen an den Schlagadern der Extremitäten,** von Ludwig Merck-Innsbruck. Die syphilitischen Erscheinungen an den Schlagadern der Extremitäten zerfallen in Erscheinungen des Frühstadiums, in diffuse Gefäfserkrankungsformen und die cirkumskripten Formen der Gefäfsentzündung. Die beiden letzteren Gruppen finden sich im intermediären und Spätstadium der Syphilis. Eine gemischte Behandlung, Jodkali und Merkur, bringt die Geschwulst und die Schmerzen rasch zum Rückgange. Die Diagnose ist oft schwer. Die Prognose hat nicht nur die Erscheinungen an den Extremitäten zu berücksichtigen, sondern auch Bezug zu nehmen auf das mögliche Vorhandensein von Erkrankungen anderer Gefäfse, sei es im Gehirn, sei es der Aorta. Therapeutisch empfehlen sich am meisten Injektionen von Quecksilberpräparaten in die Venen.

XXXII, **Über Methylenblau,** von Franz Nagelschmidt-Berlin. Die Anwendung von Methylenblau in der Therapie läfst sich auf Stillens zurückführen, es wirkt günstig auf Neuralgien und bei Malaria. Verfasser benutzte das Mittel oft und kam zu folgenden Resultaten: Es wirkt austrocknend und sekretionsbeschränkend auf Wunden, Geschwüre und Schleimhäute, im Gewebe antibakteriell und schützt das Gewebe vor weiterem Zerfall. Es ist indiziert bei Ulcus molle. Bei Ulcus mixtum zerstört es die Ducreyschen Bazillen, reinigt aber nicht immer das Geschwür. Bei frischen infizierten oder gangränösen Geschwüren, soweit sie in reichlich ernährtem Gewebe sich befinden, ist es ebenfalls zur Reinigung und Austrocknung am Platze, dagegen soll man es nicht bei chronischen, schlecht granulierenden Geschwüren (Unterschenkelgeschwüren) anwenden. Ferner nützt es bei frischen Verbrennungen, aseptischen Wunden, Blennorrhoe, wo starke subjektive Beschwerden oder reichlicher Ausflufs vorhanden ist (5—10 %ige Lösung).

XXXIII. **Über Erfahrungen mit der antiseptischen Blennorrhoetherapie in der Praxis,** von Paul Neisser-Beuthen. Die sofort eingeleitete antiseptische Injektionstherapie drückt den Prozentsatz der Komplikationen bei Blennorrhoe erheblich herab und bei Komplikationen erfolgt die Heilung schneller. Bei der rationellen Behandluug der Blennorrhoe kommt es in erster Linie auf einen möglichst zeitigen Beginn der Behandlung, verbunden mit systematischer Untersuchung auf Gonokokken und allmählicher Steigerung der Konzentration der zu verwendenden Lösungen an; eine systematische, wissenschaftliche und zweckmäfsige Blennorrhoetherapie ohne mikroskopische Untersuchung auf Gonokokken ist unmöglich.

XXXIV. **Über Lichen ruber planus der Handteller und Fufssohlen,** von Neuberger-Nürnberg. Beschreibung eines interessanten Falles.

XXXV. **Nutzbarmachung des elektrischen Stromes für die Behandlung des Lupus,** von A. Philippson-Hamburg. Ph. berichtet über zwei zur Heilung gebrachte Fälle, von denen der eine als schwerer Fall die verschiedenen Phasen der

Behandlung durchgemacht hat, der zweite, ein leichterer, schon ausschließlich mit dem ausführlich beschriebenen Verfahren behandelt worden ist. Die Apparate sind einfach, die Sitzungen haben den Vorzug der Kürze, die Kosten sind geringer als beim Lichtheilverfahren nach Finsen, und die Anwendung des elektrischen Stromes ist vollkommen ungefährlich. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Dermatologisches Centralblatt.

Band X. Nr. 7. April 1907.

Zur Kenntnis der systematisierten Naevi (Naevi lineares), von Bernhard Selger-Neiſse. Bericht über einen Fall von systematisiertem Naevus aus Max Josephs Poliklinik, welcher an der rechten Hals- und Nackenregion sowie in der rechten Brust und Rückenhälfte saſs und von Geburt an bestand. Die Exkreszenzen wurden vor 15 Jahren exstirpiert, hoben sich aber langsam und stetig wieder über das Niveau der umgebenden Haut empor und sind jetzt wieder da. Selger entfernte die gröſsten, meist etwas gestielten Exkreszenzen mit Schere, die flacheren mit einem schmalen Messer und scharfem Löffel. Die blutenden Flächen wurden sofort mit Trichloressigsäure bestrichen. Nach vier Wochen war Besserung erzielt. Nach weiteren sechs Wochen klagte Patient wieder über Jucken. Die histologische Untersuchung der exstirpierten Teile lieſs keinen Zweifel, daſs es sich um systematisierten Naevus handelt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band XI, Heft 4.

I. **Radiotherapie in der Dermatologie,** von Alfred Schalek-Omaha.

II. **Eiteruntersuchungen bei blennorrhoischen Sekreten,** von H. Neuberger-Nürnberg. Neuberger hebt als seine Entdeckung das gar nicht seltene Vorhandensein von Metschnikoffschen Makrophagen im Urethralsekret hervor. Eine prognostische Bedeutung für den Verlauf der Blennorrhoe schreibt N. ihnen ebensowenig zu als den Lymphocyten und mononukleären Leukocyten.

Der von Posner aufgestellten Ansicht, daſs die Kugelkernzellen für eine Diagnose nichtblennorrhoischer Urethritis verwertbar wären, kann Neuberger auf Grund seiner Untersuchungen nicht beistimmen; er hält die Kugelkerne für eine Degenerationsform der polynukleären Leukocyten.

III. **Scharlach und Pseudoscharlach; ihre Ätiologie und Differenzierung,** von Noah E. Aronstam-Detroit. Unter Pseudoscharlach versteht der Verfasser das Erythema scarlatiniforme und die Röteln. Auf einer tabellarischen Übersicht verzeichnet er ihre differentialdiagnostischen Merkmale.

IV. **Sexuelle Hyperästhesie beim Weibe,** von Bernard S. Talmey-New York. Die abnorme Steigerung des Geschlechtstriebes beim Weibe ist entweder eine Erotomanie oder eine Nymphomanie. Die erstere erzeugt erotische Träume und ist eine Art platonischer Liebe. Durch die Nymphomanie wird das Weib mit elementarer Gewalt zum Geschlechtsverkehr oder zur Onanie getrieben.

V. **Fremdkörper in der Urethra,** von John J. Conner-Pana. Ein 60 jähriger Mann hatte sich zwecks Masturbation eine Hutnadel in die Harnröhre eingeführt. Diese Hutnadel war 4⁷/₈ Zoll lang und entschlüpfte ihm und blieb in der Harnröhre stecken. Mittels Fremdkörperzangen gelang es, sie zu entfernen. *Schourp-Danzig.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1907. Heft 4.

Weitere Untersuchungen über das Mikrosporum, von R. SABOURAUD. Nach einer Darstellung seiner Technik beschreibt S. in ausführlichster Weise, wie das Mikrosporum lanosum, von dem in einer früheren Abhandlung die Rede war, in Haut und Haar eindringt. Der beginnenden Erkrankung ist hier also das Auge des Beobachters zugewandt.

Das Mikrosporum siedelt sich wie der Trichophyton und der Favus immer zuerst auf der Epidermis an, das Haar wird erst sekundär befallen. S. nimmt seine gegenteilige frühere Ansicht ausdrücklich zurück. Auf der Epidermis bildet sich ein Mycelium stark geschlängelter Fäden, die aus rechteckigen Zellen bestehen. Treffen diese Fäden auf ein Ostium folliculare, so bilden sie hier um das Haar herum eine kegelförmige Masse. Der ganze Vorgang erinnert an die Bildung der Kelche beim Favus. Man kann diese Masse schon mit bloſsem Auge als kleinen Kranz rings um das Haar erkennen; er bleibt an dem Haar haften, wenn man es auszieht. Diese kegelförmige Masse besteht aus Riesenfäden, die sich aus groſsen, rechtwinkligen Zellen zusammensetzen. Zwischen den Fäden zerstreut befinden sich einzelne ovale Sporularen („sporulaires"). Dieser Myceliumkegel greift das Haar am Ostium folliculare nicht an, sondern sendet seine Fäden fast ausnahmslos gegen die Haarwurzel; nur an dieser Stelle beginnt der Parasit seine zerstörende Wirkung.

Ein zweites Gewebe ganz feiner und zarter Myceliumfäden bildet sich rings um das Haar auf der Epidermis des Follikels; diese Fäden dringen zwischen die einzelnen Epithelzellen ein, betheiligen sich aber nicht an der Zerstörung des Haares, sondern diese wird von dem eben erwähnten Myceliumkegel durchgeführt. Dessen Fäden ziehen bis zur Haarwurzel hinunter und lösen sich hier in polyedrische Elemente auf, die dicht gedrängt nebeneinander stehen und einen Sporenmantel (Cuirasse sporulaire) um das Haar herum bilden.

Mit dieser Darstellung decken sich auch die Beschreibungen englischer Forscher.

Harter Schanker ohne sekundäre Syphilis, von H. OLTRAMARE. O. zweifelt das Dogma, daſs jedem Ulcus durum Sekundärerscheinungen folgen müssen, an. Aber, bevor er es anzweifelt, beweist er uns durch einen Hinweis auf die einschlägige Literatur, daſs dieses Dogma bei den klassischen Autoren besteht. Um so gröſser sein Mut, es anzuzweifeln. Dazu verleitet ihn ein Fall, bei dem die spezifische Natur des Schankers bewiesen wurde durch die Syphilis des Mädchens, mit dem der Erkrankte ausschlieſslich verkehrt hatte. Dennoch blieb die Infektion, die im Oktober 1903 stattfand, anscheinend bis jetzt ohne Folgen. Auch andere, ähnliche Sprechstundenbeobachtungen drängen O. zu der Ansicht, daſs nicht jedem Ulcus durum wie dem Tage die Nacht eine Roseola und Schleimhautplaques folgen müssen.

Ein Fall von Pemphigus vegetans benignus, von MARCEL FERRAND. Bei einer 22jährigen Patientin traten, nachdem eine zeitlang Jucken voraufgegangen war, unter heftigen Schmerzen zuerst an den Beinen, später auch an andern Körperstellen, Blasen auf, die bald eintrockneten und eine Geschwürsfläche hinterlieſsen, die sich mit Granulationen und Krusten bedeckte. Auch die Mundschleimhaut wurde befallen; das Gesicht blieb frei. Im Krankenhaus gingen alle Erscheinungen unter Behandlung mit Aqua oxygenata in einigen Wochen zurück. Verfasser erklärt die Krankheit auf Grund ihres Aussehens und ihres Verlaufs unter Ausschlieſsung anderer Möglichkeiten für einen Pemphigus vegetans benignus, rechnet aber doch mit der Möglichkeit, daſs, wie in früheren Fällen, so auch hier die Krankheit von neuem auftritt und zu einem tödlichen Ende führt.

Rezidivierendes Erythema scarlatiniforme, von W. DUBREUILH. Beschreibung eines Erythema scarlatiniforme bei einem 35jährigen Mann. Erythem des ganzen Körpers mit nachfolgender lamellöser Abschuppung. Fieber, heftiges Brennen und Jucken, vollkommene Schlaflosigkeit. Keine Angina, kein Eiweifs im Harn. Im Jahre 1901 und 1903 waren je ein ähnlicher Anfall vorhergegangen. Es fehlt jeder äufsere Anlafs für das Zustandekommen des Erythems.

Die heutigen Ansichten über die Natur des Lupus erythematosus, von A. CIVATTE. C. hat bei den Autoren der verschiedenen Nationalitäten eine Umfrage angestellt, welche Rolle sie der Tuberkulose beim Lupus erythematosus zuteilen. In der vorliegenden Abhandlung gruppiert er die Antworten in drei Abteilungen: die einen erklären den Lupus erythematosus für durchweg tuberkulöser Natur, die andern bestreiten jeden Einflufs des Tuberkelbacillus, die dritten geben ihn nur für einen Teil der Fälle zu. *Türkheim-Hamburg.*

Bulletin de la société française de dermatologie et de syphiligraphie.

1907. Nr. 3.

Sitzung vom 7. März 1907.

Ausgedehntes Epitheliom des Gesichtes. Abtragung. Sekundäre Transplantation, von M. MORESTIN. Das handtellergrofse Epitheliom der Wange eines 70jährigen wird im gesunden Gewebe abgetragen und nach zehn Wochen durch Transplantation gedeckt. Heilung.

Exstirpation tuberkulöser Cervikaldrüsen durch retroaurikuläre, später kaum sichtbare Incision, von M. MORESTIN. Autor benutzt die retroaurikuläre Falte als Incisionsstelle.

Ausgedehntes Angiom des Gesichtes bei einer Negerin, von M. MORESTIN. Dasselbe nimmt die ganze rechte Gesichtshälfte ein.

Pharynxkrebs bei einer Frau, welche früher tertiäre Erscheinungen am Pharynx gehabt hat, von M. MORESTIN.

Ekzem mit Keratosis palmaris et plantaris, von BALZER und MERLE. Bei einer 60jährigen, zu Rheumatismus und Neuropathie neigenden Frau tritt im Anschlufs an einen akuten Gelenkrheumatismus an Handflächen und Fufssohlen ein papulöses Ekzem auf, dem sich eine bleibende Keratosis anschliefst.

Atypische Psoriasis; Lokalisation auf der Lippen- und vielleicht auch auf der Zungenschleimhaut, von BALZER und MERLE.

Gleichzeitiges Auftreten einer syphilitischen Eruption und eines Lichen scrofulosorum, von ALEX. RENAULT. Die Lichen scrofulosorum-Effloreszenzen auf der Brust werden von DÉHU für Syringocystadenome gehalten.

Sekundäre, auf Hg schlecht reagierende Syphilis; die kutanen Eruptionen werden von meningitischen Erscheinungen begleitet, von GAUCHER und MALLOIZEL.

Ein neuer Fall von subcutaner Sporotrichosis, von DE BEURMANN und GOUGEROT. Der klinische Eindruck ist der tuberkulöser Gummen. Kulturell liefs sich das Sporotrichum BEURMANNI nachweisen.

Entwicklung und histologische Untersuchung des psoriasiformen Exanthems nach Tuberkulin (vorgestellt in der letzten Sitzung), von M. MILIAN. Es fand sich histologisch eine disseminierte Parakeratose und eine Injektion der Gefäfse im Stratum papillare mit mäfsigem Infiltrat in der Umgebung.

Eine Ulcus molle-Epidemie, von HALLOPEAU.

Nochmalige Vorstellung eines Falles von anormaler Ichthyosis mit blasigen Eruptionen, von Hallopeau. Gegenüber Brocqs Einwänden, es unterscheiden sich solche Fälle von der Ichthyosis durch das Auftreten in den ersten Lebenstagen, das Ergriffensein der Gelenkfalten, die anfängliche Hautrötung, starke Seborrhoe des behaarten Kopfes, Wölbung der Nägel und blasige Eruptionen, verteidigt H. die Diagnose Ichthyosis unter Hinweis auf die Hypotrophie der äufseren Haut, die den Lidschlufs und das maximale Beugen der Finger unmöglich macht, die Hyperpigmentation der gebildeten Schuppen, die blasigen Abhebungen unter dem Einflufs lokaler Traumata. Die allgemeine Rötung und die Seborrhoe des behaarten Kopfes seien kaum in ausgesprochenem Mafse vorhanden gewesen.

Über einen gonokokkenhaltigen Fistelgang des Präputiums, von Hallopeau und Boudet.

Ein neuer Fall von Erythrodermie mycosique, von Hallopeau und Deshayes. Auch dieser Fall bietet die charakteristischen Merkmale: Rötung eines grofsen Teiles der Gesamthaut, Verdickung der Haut, unaufhörliche profuse Schweifse, starker Pruritus, multiple Adenopathien.

Narben nach papulonekrotischen Tuberkuliden, von Hallopeau und Lasnier.

Syphilitischer Schanker des Auges, von Danlos und Deroye. Die linsengrofse Initialsklerose befindet sich bei dem 70jährigen Manne am linken inneren Augenwinkel.

Schucht-Danzig.

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1906. Heft 12.

1. **Die Kontraindikationen der Röntgenbehandlung bei den Hautepitheliomen. Pagetsche Krankheit und Röntgenbehandlung,** von Leredde. L. hält auf Grund der bisher gemachten Erfahrungen die Behandlung der Pagetschen Krankheit mit Röntgenstrahlen nicht für angezeigt; gegen ihre Wirksamkeit bei der Disease of the nipples sprechen namentlich Fälle wie die beiden in diesem Hefte von Hartzell mittgeteilten, in denen nach langdauernder Röntgenbehandlung vollständige Heilung der Hautveränderungen eingetreten zu sein schien, die Brustdrüse aber doch carcinomatös erkrankte. Übrigens weist schon die Hyperkeratose bei Pagetscher Krankheit darauf hin, dafs man von der Röntgentherapie nicht viel erwarten darf; denn eine starke Hornschicht ist für die Strahlen nicht durchgängig.

2. **Die Theorie der Angioneurosen und die Theorie der hämatogenen Hautentzündung,** von Ludwig Török-Budapest. Der Artikel wird fortgesetzt.

3. **Zwei Fälle von Pagetscher Krankheit behandelt mit Röntgenstrahlen nebst dem Ergebnis der in einem der beiden Fälle nach langdauernder Behandlung vorgenommenen histologischen Untersuchung.** Vortrag, gehalten in der New Yorker dermatologischen Gesellschaft, von M. B. Hartzell. Bei einer 53jährigen Frau mit Pagetscher Krankheit wurden durch 61, in kürzeren und längeren Zwischenräumen vorgenommene Röntgenbestrahlungen die Veränderungen der Haut zum Schwinden gebracht, doch entwickelte sich während der Behandlung ein Brustdrüsencarcinom, das durch die Strahlen nicht beeinflufst wurde; die Mamma mufste daher operativ entfernt werden. Bei der histologischen Untersuchung der Haut des Warzenhofes und der Brustwarze wurden neben einigen anderen, geringfügigen Veränderungen Verschwinden der Plasmazellen, Anhäufung gelb-braunen, körnigen Pigments in den oberen Coriumschichten, Verschwinden der Talgdrüsen und Atrophie der Schweifsdrüsen konstatiert; all das durfte nicht als Ausdruck der Pagetschen

Krankheit betrachtet werden, sondern stellte die direkte Folge der Behandlung dar. — In einem zweiten Falle von PAGETscher Krankheit wurden die Hautveränderungen durch eine viel geringere Zahl von Röntgenbestrahlungen zur Heilung gebracht; aber auch bei dieser Kranken entwickelte sich während der Behandlung ein Brustdrüsencarcinom.

In der Literatur wird mehrfach über günstige Erfolge der Röntgentherapie bei PAGETscher Krankheit berichtet, aber keiner der mitgeteilten Fälle ist so lange beobachtet worden, daſs man von einer definitiven Heilung sprechen könnte. Die Beobachtungen H.s beweisen, daſs die Röntgenstrahlen zwar die Disease of the nipples im engeren Sinne, d. h. die Erkrankung der Haut der Brustwarze und des Warzenhofes vollständig und dauernd zu heilen, die epitheliale Wucherung in den Milchgängen und Alveolen der Brustdrüse aber nicht zu beeinflussen vermögen. Behandlung mit Röntgenstrahlen ist daher nur angezeigt, wenn die Ansicht zu Recht besteht, daſs die PAGETsche Krankheit im Beginne auf die Haut beschränkt ist, die Brustdrüse aber erst später sekundär ergriffen wird; wenn dagegen, wie andere annehmen, die Mamma gleich beim Beginne der Affektion miterkrankt, ist nur die Operation am Platze. Welche der beiden Auffassungen die richtige ist, läſst sich zurzeit noch nicht sagen.

In der Diskussion, die dem Vortrage H.s folgte, sprachen sich die meisten Redner gegen die Röntgenbehandlung und für sofortiges operatives Eingreifen bei PAGETscher Krankheit aus. HARTZELL selbst hält die Entfernung der Mamma in allen Fällen nicht für angezeigt; er glaubt, daſs die Krankheit im Anfang weder ein Ekzem noch ein Epitheliom, sondern eine Affektion eigener Art mit Degeneration der Epithelien ist. *Götz-München.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XII. November 1906.

1. **Über Prurigo als eine Hautdystrophie**, von FROLOW. Verfasser vertritt den von R. BERNHARDT, POLOTEBNOW, ABRAMYTSCHEW, PETERSEN und anderen geteilten Standpunkt, daſs die Prurigo als eine Trophoneurose aufzufassen ist, die häufig mit Veränderungen der Zähne und anderen dystrophischen Störungen einhergeht. Zum Belege dieser Ansicht bringt Verfasser eine Reihe von Krankengeschichten, wo die Prurigo vergesellschaftet war mit verschiedenen anderen Störungen des Organismus, wie Zahndeformitäten, Infantilismus, Idiotie usw. Infolgedessen glaubt Verfasser, daſs unter den Ursachen der Prurigo Syphilis, Tuberkulose und Alkoholismus bei den Vorfahren keine geringe Rolle spielen.

2. **Spirochätenähnliche Gebilde als Degenerationsprodukt des polychrom-polymorphen Schimmelpilzes**, von SELENEW. Bei Bearbeitung der durch Schimmelpilze verursachten Hautkrankheiten stieſs Verfasser auf einen sehr verbreiteten, aber noch wenig erforschten Schimmelpilz, welchem er wegen seiner Eigenschaft, verschiedenerlei Pigment zu erzeugen und sehr verschiedene Evolutions- und Involutionsformen zu bilden, zunächst die Bezeichnnng polychrom-polymorpher Schimmelpilz gegeben hat. Derselbe tritt in der Periode der Degeneration als spirochätenartiges Gebilde auf, welches Ähnlichkeit mit der Spirochaeta pallida, wie refringens hat. Natürlich, sagt Verfasser, bereitet es keine Schwierigkeiten, diese Gebilde dort zu differenzieren, wo sich reine Schimmelpilzkulturen finden, anders ist es aber dort, wo diese Gebilde im Gewebe oder zwischen den Gewebsbestandteilen liegen; da kann die Unterscheidung groſse Schwierigkeiten machen. Bei Berücksichtigung der biologischen Bedeutung dieser Beobachtungen hält es Verfasser nicht für unmöglich, daſs

die Spirochäten von Lebewesen niederer Art abstammen könnten, wie z. B. den Schimmelpilzen.

Dem Andenken von P. I. Frolow, von Djalschkow. Ein warmer Nekrolog über den früh verstorbenen Petersburger Spezialkollegen.

Band XII. Dezember 1906.

I. **Atrophia maculosa cutis**, von Boikow. Verfasser teilt aus der Selenewschen Klinik zwei hierhergehörige Fälle mit, welche einen 22jährigen Mann und eine 28jährige Frau betrafen, bei denen beiden das Gesicht und die behaarte Kopfhaut fleckige Hautatrophien aufwiesen. Gleich Selenew sieht Verfasser diese Hautveränderungen als eine Krankheit sui generis an, welche mit dem Lupus erythematodes nicht zu identifizieren ist, sondern den reinen Hauttrophoneurosen am nächsten steht.

II. **Materialien zur Lehre von dem frühzeitigen oberflächlichen Ekthyma syphiliticum**, von Terebinski. (Schlufs.) Als Aufgabe seiner mühevollen, experimentellen Untersuchungen sah Verfasser an, wie er sagt, zu entscheiden, welche von den drei herrschenden Ansichten über die syphilitische Ekthymapustel zu Recht besteht, ob dieselbe als ein gummöser Prozefs, oder als eine Mischinfektion, oder als ein rein syphilitischer Prozefs aufzufassen sei. Die mikroskopisch-bakteriologischen Untersuchungen des Verfassers ergaben für ihn, dafs weder die erste, noch die zweite Annahme möglich ist. da die Pustel sich nicht nach Art der tertiären Produkte durch molekulären Gewebszerfall bildet, sondern als das Resultat einer Eiterung anzusehen ist, dafs aber andererseits keine glänzenden Beweise vorliegen, den Prozefs als eine pyogenesyphilitische Mischinfektion anzusprechen. Verfasser hält daher die Ekthymapustel für eine rein syphilitische Erscheinung, wobei er sich entschieden gegen die Behauptung ausspricht, dafs das syphilitische Virus niemals pyogene Eigenschaften haben könne. Aus der Anamnese der Kranken mit syphilitischen Ekthymapusteln konnte nachgewiesen werden, dafs der schwere Verlauf der Syphilis immer auf gewesene, den Organismus schwächende Umstände, wie Alkoholismus, Onanismus usw. zurückzuführen war.

Die Spirochaeta pallida hat Verfasser in den nach Levaditi gefärbten Schnitten der syphilitischen Ekthymapustel nicht gefunden.

III. **Die tuberkulösen Affektionen der Geschlechtsorgane**, von Ernst R. W. Frank Berlin. Schlufsartikel einer längeren literarisch-kritischen Betrachtung über dieses Thema.

Arth. Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen.

Die Syphilis, von Orlowski-Berlin. (A. Stuber, Würzburg, 1907.) Auf alle Fragen, die ein Syphilitiker zu stellen hat, auf alle Zweifel, die er gelöst haben will, kann der Arzt in der Sprechstunde nicht eingehen. Verfasser hat daher ein Büchlein geschrieben, welches den Laien Auskunft geben soll über die Syphilis. In diesem Büchlein sind die Themata, die ohne längere Erörterungen nicht geklärt werden können, ausführlicher, das Übrige als Beiwerk dargestellt. Der erste Teil beantwortet kurz die Frage: „Was ist Syphilis?“ Der zweite behandelt den Verlauf der Krankheit, die Syphilis-Rückenmarks- und -Hirnleiden. Ein Abschnitt beschäftigt sich mit der Vorhersage der Syphilis, ein weiterer wichtiger mit dem Quecksilber und seinen Feinden, wobei Orlowski warm für das leider von Laien so gefürchtete Mittel ein-

tritt. Dann spricht er noch über die weitere Luestherapie und die Bedeutung der Syphilis. Das kleine Büchlein ist gut geschrieben und allen Laien zu empfehlen, die von falschen Anschauungen durch die moderne Hetz- und Schundliteratur über Syphilis angetan sind. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Schönheitspflege für Ärzte und gebildete Laien, von Orlowski-Berlin. (A. Stuber, Würzburg 1907.) Das Buch, welches eine grofse Anzahl therapeutischer Ratschläge enthält, ist zur Lektüre zu empfehlen. Besonders sei auf die Kapitel über Massage hingewiesen. *Schucht-Danzig.*

Die Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Reinhold Ledermann-Berlin. (Oscar Coblentz, Berlin 1907.) L. hat sein in zwei Auflagen erschienenes „Therapeutisches Vademekum der Haut- und Geschlechtskrankheiten" zu einer „Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten für praktische Ärzte" erweitert. Er bespricht im ersten Teile des Buches nach einigen kurzen Bemerkungen über die Hygiene der Haut die mechanische, interne und externe Behandlung der Hautkrankheiten im allgemeinen, um dann im zweiten umfangreicheren Teile die gebräuchlichen Arzneimittel zusammenzustellen und die Therapie der einzelnen Haut- und Geschlechtskrankheiten zu schildern.

In seiner neuen Form stellt sich das Buch des bekannten Dermatologen als ein vorzügliches Werk dar, das jedem Praktiker die besten Dienste tun wird; es wird sich zweifellos viele Freunde erwerben. *Götz-München.*

Beiträge zur Kenntnis der Verbreitung der venerischen Krankheiten in den europäischen Heeren, sowie in der militärpflichtigen Jugend Deutschlands, von Heinrich Schwiening. Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militärsanitätswesens, Heft 36. (August Hirschwald, Berlin 1907.) Die Beiträge sollen nicht eine erschöpfende Darstellung des fraglichen Gegenstandes darstellen, aber sie greifen aus dem weiten Gebiete heraus und suchen zu beantworten eine Reihe von Fragen, welche von besonderem Interesse oder in gleicher Ausführlichkeit und auf Grund eines gleich grofsen internationalen Materials noch nicht erörtert sind. Das Werk beginnt mit einer Übersicht über die Nachrichten betreffend das Vorkommen der venerischen Krankheiten in einigen Heeren Europas bis in die sechziger Jahre des vorigen Jahrhunderts und über die Häufigkeit derselben Krankheiten seit Anfang der siebziger Jahre. Ein weiterer Absatz behandelt die einzelnen Formen der Krankheit im Verhältnis zu ihrer Gesamtzahl und zur Kopfstärke. Dann folgen das Vorkommen der Syphilis nach Armeekorpsbezirken, der zeitliche Verlauf der venerischen Leiden in den europäischen Armeen, die Beeinflussung des Zuganges an Geschlechtskrankheiten in der deutschen Armee durch die krank eingestellten Rekruten, durch die Rezidive, durch beide Faktoren zusammen, und die Herkunft der venerisch krank eingestellten Rekruten (nach Armeekorpsbezirken, Regierungsbezirken, Kreisen, Städten über und unter 25000 Einwohnern und Landkreisen nach 28 Grofsstädten). Nach einem weiteren Kapitel über die Verbreitung der Syphilis unter den neueingestellten Rekruten folgen Rückschlüsse auf die Verbreitung der venerischen Krankheiten in der bürgerlichen Bevölkerung und über die wechselseitigen Beziehungen der Geschlechtskrankheiten in Armee und Zivil.

Aus allem ergibt sich, dafs das deutsche Heer am günstigsten von allen der Vergleichung zugrunde liegenden Heeren dasteht. Seit Anfang der siebziger Jahre hat die preufsische Armee (einschliefslich sächsischen und württembergischen Armeekorps) stets den niedrigsten Zugang an venerischen Krankheiten gehabt. Fast die Hälfte der deutschen Armeekorps hat zurzeit so niedrige Zugangszahlen an Geschlechtskrankheiten wie kein Korpsbezirk einer anderen Armee. Der gröfste Teil der letzteren hat sogar Zugangsziffern aufzuweisen, welche das ungünstigste deutsche Korps

bei weitem übertreffen. Die jährliche Abnahme der venerischen Krankheiten seit Anfang 1870 ist zwar in der belgischen, französischen und niederländischen Armee etwas gröfser geworden als in Deutschland, doch ist dabei zu berücksichtigen, dafs die erstgenannten Heere im Anfangsjahr einen besonders hohen Krankenzugang hatten. Berechnet man den jährlichen Rückgang vom jeweilig ungünstigsten Jahre bis zum günstigsten, so werden Preufsen und Bayern nur vom niederländischen Heere übertroffen, dessen Zahlen aber nicht als einwandsfrei bezeichnet werden können. Einige preufsische Korps haben eine so grofse jährliche Abnahme des Zuganges gehabt wie kein Korps einer anderen Armee. Der prozentuale Anteil der Syphilis an der Gesamtzahl der Geschlechtskrankheiten zeigt in der deutschen Armee einen fast dauernden Rückgang. Der Zugang an Tripper ist in der ganzen Zeit in Deutschland stets am niedrigsten von allen Heeren gewesen. Seit 1893 steht die preufsische Armee auch hinsichtlich des Zugangs an Syphilis am günstigsten. Weiche Schanker kamen in Belgien noch seltener vor. Die jährliche Abnahme der Lues ist nur in England etwas gröfser gewesen als in Preufsen. In den letzten fünf Jahren ist in zehn deutschen Armeekorps der Syphiliszugang so niedrig gewesen wie in keinem Korps einer anderen Armee. Nur wenige Korps in Frankreich und Italien haben einen geringeren Zugang an Syphilis als das ungünstigste deutsche Korps. 15—17% des Gesamtzuganges an Geschlechtskrankheiten in der preufsischen Armee entfallen auf die venerisch krank eingestellten Rekruten, etwa 6% aller Geschlechtsleiden sind Rezidive, 22,4% entfallen somit auf Erkrankungen, welche nicht während der Dienstzeit erworben sind. Jedenfalls zeigt es sich, dafs die genannten Krankheiten in der Armee erheblich weniger verbreitet sind als in der Zivilbevölkerung gleichen Alters, und ist daher nicht dem Militär die Hauptschuld an der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten beizumessen. (Das stimmt nicht, denn eine grofse Anzahl von Militärpersonen wendet sich nicht an die Militärärzte, sondern direkt an die Zivilärzte, wovon die Militärärzte garnichts erfahren, die Statistik ist daher durchaus nicht einwandsfrei. Der Referent.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Die Beziehungen des Lymphdruckes zu den Erscheinungen der Regeneration und des Wachstums, von Fr. Reinke-Rostock. (*Arch. f. mikrosk. Anatom. u. Entwicklungsgesch.* 1906. Bd. 68.) In erkenntnistheoretischen Vorbemerkungen zerlegt R. zwecks Erklärung der Regenerations- und Wachstumserscheinungen die Gesamtheit der Ursachen einer Erscheinung in zwei konvergierende Reihen, in deren Treffpunkt das bewirkte Ereignis liegt. Er erblickt in der Steigerung des Lymphdruckes die Ursache der mitotischen Kern- und Zellteilung und setzt diese Erhöhung des Lymphdruckes überall voraus, wo Mitosen vorhanden sind.

Bei seinen Versuchen mit Aether. sulfur. an Larven von Salamandra maculosa fand er nach acht Tagen ein starkes Gehirnwachstum und zieht daraus den Schlufs, dafs der Äther auf die Gefäfse des Plexus chorioideus einwirkt und dadurch eine Hyperämie zustande kommt, welche eine stärkere Ausscheidung des Liquor cerebri im Inneren des Medullarrohrs erzeugt.

Bei der Regeneration der Linse und der Rekreation der Leber ist der gesteigerte Lymphdruck nach REINKES Ansicht ein wesentlicher Faktor, und er folgert aus der Annahme, dafs das regeneratorische Wachstum durch die Hyperämie und die durch sie gesetzte lymphatische Drucksteigerung angetrieben wird, weiter, dafs wahrscheinlich alles pathologische und physiologische Wachstum ebenfalls durch Hyperämie und gesteigerten Lymphdruck in Gang gesetzt wird. Zur Erklärung hierfür zieht er die von anderen Beobachtern festgestellte Tatsache heran, dafs Epidermis und Haare infolge von Hyperämie proliferieren und wachsen, indem er ausführt, dafs die Lymphe, welche in den Intercellularlücken der Matrix des Haares oder in den untersten Zellenlagen der Keimschicht der Epidermis sich findet, sich vermehrt und auf die Zellen so einwirkt, dafs sie proliferieren. *Schourp-Danzig.*

SANCTORIUS über das Luftbad vor 300 Jahren, von HEIN-Pudor. (*Med. Woche.* 1906. Nr. 42.) SANCTORIUS hat als erster die Hautatmung im Jahre 1614 entdeckt und darüber ein Werk geschrieben, in dessen erstem Kapitel er sich mit dem Gewicht der unmerklichen Ausdünstung beschäftigt. Er hat die Experimente 30 Jahre lang gemacht. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Mikroskopische Technik.

Über das elastische Gewebe in Neubildungen, von G. A. WALJASCHKO-Charkow. (*Virchows Arch.* Bd. 187. Heft 2.) Unter dem gleichen Titel veröffentlichte der Verfasser in einer Monographie ausführlich, was er an dieser Stelle in Form von allgemeineren Folgerungen wiedergibt. Danach stammt das elastische Gewebe nicht vom Geschwulstgewebe ab, es nimmt insofern an der Geschwulst teil, als in letzterer Muttergewebe vorhanden ist. Dabei zeichnet es sich gegenüber anderen Geweben durch gröfsere Festigkeit und Widerstandsfähigkeit aus. Geschwülste mit ausgedehntem Wachstum enthalten elastisches Gewebe in spärlicher Menge in den peripherischen Teilen, solche mit infiltrierendem Wachstum in verschiedener Menge; aber in den tieferen Teilen entbehren sie dessen völlig. Die Menge des elastischen Gewebes in Geschwülsten steht in engem Zusammenhange mit dessen Menge im Muttergewebe.

Das elastische Gewebe wird in allen Geschwülsten zerstört, wobei es vornehmlich der mechanischen Einwirkung seitens der Geschwulstzellen ausgesetzt wird. Es üben die entzündlichen reaktiven Prozesse im Muttergewebe je nach ihrer Stärke und Dauer einen schädlichen Einflufs auf das elastische Gewebe aus. Eine Hypertrophie der normalen elastischen Gebilde, analog den anderen Geweben, kann in durch Geschwulst betroffenem Gewebe beobachtet werden und begleitet oft eine Hypertrophie des elastischen Gewebes im ganzen Organ.

Bei Carcinom erklärt sich die Anwesenheit einer grofsen Menge elastischen Gewebes aus seiner Vermehrung im ganzen Organ, durch Ausnutzung des letzteren hervorgerufen.

Die Regeneration von elastischen Fasern wird in Anbetracht der Langsamkeit dieses Prozesses in bösartigen Geschwülsten kaum stattfinden können. Im Sarkom und im gröfsten Teil der Endotheliome gerät elastisches Gewebe, im Verhältnis zu Carcinomen, weniger, weil diese Geschwülste diffus knotig wachsen. Die elastischen Fasern können in inniger Berührung sowohl mit den epithelialen als auch mit den Bindegewebsgeschwulstzellen stehen, im allgemeinen aber ist das elastische Gewebe, ähnlich dem Stroma, in Carcinomen vom Parenchym schärfer isoliert.

Schourp-Danzig.

Über das Vorkommen von Ernstschen Keratingranula in normalen und erkrankten Schleimhäuten mit besonderer Berücksichtigung der Blennorrhoe, von Fanny Jampolski-Gluchow. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1907. Nr. 7.) Während in normalem Urethralsekret nur ganz vereinzelt granulierte Zellen gefunden wurden, fanden sie sich regelmäfsig bei Urethritis blennorrhoica, und zwar nicht blofs im Sekret aus der Gegend des Orificium, sondern auch im Sekret der Urethra posterior. Das Vorkommen verhornender Plattenepithelzellen an der normalerweise mit Cylinderepithel bekleideten Schleimhaut der Urethra anterior erklärt die Verfasserin damit, dafs es sich um verhornende oder verhornte Epithelzellen handelt, welche von den oberflächlichsten Lagen des an statt von Cylinderepithel neugebildeten Plattenepithels abgestofsen worden sind. Denn in ganz akuten Fällen fehlten die granulierten Zellen. In gleicher Weise erklärt sich das Auftreten der granulierten Zellen in anderen entzündeten Schleimhäuten, z. B. bei der Conjunctivitis blennorrhoica.

Schourp-Danzig.

Neuere Befunde an Mastzellen der Haut, von Schwenter-Trachsler-Bern. (*Folia Haematolog.* 1906. Nr. 9.) In Wasser aufgelöste Alkalien lösen die Körner der Mastzellen auf, ebenso wie Salzlösungen diese Eigenschaft besitzen. Aus des Verfassers Untersuchungen stellte sich heraus, dafs Salze, welche bei ihrer Auflösung in Wasser Sauerstoff abgeben, die Mastzellenkörner schneller auflösen oder wenigstens die Tinktionsfähigkeit der gelösten Körner schneller vernichten als Lösungen von Salzen ähnlicher Konstitution, die aber keinen Sauerstoff enthalten. Es löst demnach eine 5 %ige Lösung von Ammon. persulfuricum die Körner der Mastzellen in der Haut des Menschen schneller auf oder macht deren Auflösung wenigstens schneller unfärbbar als eine 5 %ige Lösung von Ammon. sulfuric. Um aufzuklären, in welcher Weise der Sauerstoff die Tinktionsfähigkeit der Mastzellenkörner und ihrer Auflösung beeinflufst, wurden vier Gruppen von Substanzen in bezug auf ihren Einflufs auf die Mastzellenkörner geprüft:

I. Gruppe: Sauerstoff und reduzierende Substanzen (unterschweflige Säure, Pyrogallol);

II. Gruppe: Alkalien (Barytwasser, Kalilauge, Ammoniak);

III. Gruppe: Lösungen von Salzen, die keinen Sauerstoff abgeben (physiologische Kochsalzlösung, Kal. sulfur., Ammon. sulfur., Natr. sulfuric.);

IV. Gruppe: Lösungen von Salzen, welche in Wasser aufgelöst, Sauerstoff abgeben (Natr. persulfuric., Kal. percarbon., Ammon. persulfuric.).

Aus der Nebeneinanderstellung der Versuchsreihen ergibt sich, dafs Salze, welche in Wasser aufgelöst, Sauerstoff abgeben, deshalb die Mastzellenkörnerauflösung schneller tinktionsfähig machen als ähnliche Salze, die in Lösung kein Oxygenium freigeben, weil bei ersteren die körnerlösende Wirkung des Alkali mit der oxydierenden des Sauerstoffes kombiniert ist.

Des weiteren wurde untersucht, welchen Einflufs die gebräuchlichsten Fixierungsflüssigkeiten auf die Mastzellen und ihre Körner haben. Es ergab sich, dafs in konzentriertem Alkohol fixierte Stücke intensiv gefärbte Mastzellen mit scharfen Konturen der Zellen und Körner zeigten, dafs bei der Fixation in Formaldehyd die Mastzellen weniger intensiv gefärbt waren und die Konturen etwas verschwommen waren, dafs bei der Fixation in Müllerscher Flüssigkeit und in Flemmingscher Lösung gar keine Mastzellen zu erkennen waren. *Schourp-Danzig.*

Bakteriologie.

Neue Verfahren zur Schnellfärbung von Mikroorganismen, insbesondere der Blutparasiten, Spirochäten und Gonokokken, von F. Loeffler - Greifswald. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 5.) Zum Nachweis von Spirochaeta pallida fand L. folgendes Verfahren aufserordentlich brauchbar:

1. Präparate, dünn ausgestrichen und mit Alkoholäther gut fixiert.
2. 0,5%ige Lösung von Malachitgrünkristalle — Chlorzinkdoppelsalz.
3. 0,5%ige Lösung von Natrium arsenicosum.
4. 0,5%ige Lösung von reinem Glycerin.
5. Giemsa-Lösung. — Auf das in einer Cornetschen Pinzette gehaltene Präparat bringt man drei Tropfen der Arsenlösung und einen Tropfen der Malachitgrünlösung, erwärmt bis zur Dampfbildung und färbt eine Minute. Kräftig abspülen. In ein Reagenzglas bringt man 5 ccm der ½% Glycerinlösung und läfst 5 bis 10 Tropfen der käuflichen Giemsa-Lösung dazu tröpfeln. Diese Mischung wird über der Flamme zum Sieden erhitzt und heifs auf das Deckglas gegossen, auf welchem sie ein bis fünf Minuten stehen bleibt. Dann wird die überschüssige Lösung abgegossen und das Präparat mit kräftigem Wasserstrahl abgewaschen.

Für Blutparasiten und Gonokokken ist folgende Methode empfehlenswert: Zu vier Teilen Borax (2,5%) — Methylenblau (1%) wird ein Teil polychromes Methylenblau nach Unna hinzugegeben und diese Mischung dann mit der gleichen Menge einer Lösung von 0,05% Bromeosin B. extra oder extra A. G. (Höchst) versetzt. Bei älteren, gereiften Boraxmethylenblaulösungen nimmt man besser nicht 0,05%ige Bromeosinlösung, sondern nur 0,05‰ige. Mit dieser Farblösung wird unter leichtem Erwärmen eine Minute gefärbt und das Präparat dann eingetaucht in eine Lösung von: Tropäolin 00 (konzentrierte wässerige Lösung) fünf Teile, Essigsäure 0,5, Wasser 100. Darauf wird mit Wasser abgespült. Die (zuvor mit Alkoholäther fixierten) Gonokokkenpräparate erscheinen hierbei überfärbt und werden noch mit einer Mischung von 177 Teilen Alkohol, 20 Teilen 1 promilligen Bromeosins und drei Teilen Essigsäure behandelt. Dann erscheinen die Zellkerne nur blafsblau gefärbt, während die Gonokokken nichts von dem Farbstoff hergegeben haben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Technik der Spirochätenuntersuchung, von K. Landsteiner und V. Mucha-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 45.) Nach Angabe der Autoren ist die Beobachtung und der Nachweis der Spirochäten im Ultramikroskope eine überaus einfache und technisch leicht ausführbare. *Carl Schramm-Dortmund.*

Zur Technik der Spirochätenfärbung, von Alfred Kraus - Prag. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 52.) Die von Hoffmann-Halle empfohlene Giemsa-Färbung der Spirochäten nach vorausgegangener Fixierung der Präparate durch Osmiumdämpfe gibt, wie an der deutschen Universitätsklinik in Prag vielfach beobachtet worden ist, sehr klare und deutliche Bilder, doch wirken häufig unvermeidliche Farbstoffniederschläge störend. Die Klarheit der Bilder durch eine möglichst weitgehende Differenzierung ohne Schädigung der Spirochäten zu steigern, gelingt, wenn man die nach der Hoffmannschen Methode angefertigten Präparate kürzere oder längere Zeit (je nach der Dicke des Aufstrichs und der Dauer der vorgenommenen Färbung) mit 30%iger wässriger Tanninlösung behandelt; gewöhnlich genügt es schon, wenn die Präparate eine halbe Minute lang in der Lösung verbleiben. Der mehr bläuliche Grundton der Aufstriche geht dabei in einer sehr zarten rötlichen über, während gleichzeitig unter Abgang bläulich-grüner Farbwolken der das eigentliche Präparat umgebende Mantel von Farbstoffniederschlägen schwindet. Die deutlich rot

gefärbten Spirochäten heben sich klar vom farblosen oder zart rosa gefärbten Grund ab und sind dank der scharfen Kontraste ungemein leicht sichtbar. *Götz-München.*

Schnelle und einfache Färbemethode der Spirochaeta pallida, von Ward J. MacNeal-Morgantown. (*Journ. americ. med. assoc.* 16. Febr. 1907.) Die Ausstriche werden mit einer Lösung von folgender Formel in 45 bis 60 Sekunden gefärbt:

Methylenviolett	0,25
Methylenblau	0,10
Eosin	0,20
Methylalkohol	100,0.

Danach folgt Abspülen in Natriumcarbonat 1 : 20000 und Abwaschen in Aqua destillata. *Schourp-Danzig.*

Die Silberspirochäte, von Walter Schulze-Berlin-Friedenau. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 37.) Bertarelli hat mit Luesmaterial an Kaninchenaugen Cornea- und Vorderkammer-Impfungen vorgenommen und berichtet, in zwei Fällen Spirochäten in grofser Menge in der Cornea nachgewiesen zu haben. Verfasser selbst fand bei der Azurmethode immer nur Cytorrhycten, aber keine Spirochäten und stellte daher ausgiebige Untersuchungen an, ob oder unter welchen Bedingungen mittels der Levaditi-Bertarelli-Silbermethode auch in nicht luetisch erkranktem Gewebe schwarzgefärbte Spiralen von dem Aussehen der Spirochäten zur Darstellung gebracht werden können. Diese Versuche werden eingehend geschildert. Es gelang ihm durch seine Hornhautuntersuchungen am Kaninchenauge der Nachweis, dafs die von Bertarelli und von Schaudinn als Spirochaeta pallida bezeichneten Formen nicht anders zu deuten sind, denn als Gewebsbestandteile. Flügge betont nun, ihn und andere Kollegen habe erst die Silberspirochäte von der ätiologischen Bedeutung der Spirochaeta pallida für die Syphilis überzeugt. Im Verein mit den Resultaten von Schulzes Untersuchungen würde man notwendig schliefsen müssen, dafs die Spirochäten keine Berechtigung haben, als Erreger der Syphilis angesehen zu werden.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Kritik der Silberspirochäte, von Edgar Gierke-Freiburg i. B. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 3.) Verfasser widerlegt die Angriffe von W. Schulze und Saling gegen die Spirochaeta pallida und gegen die nach der Levaditischen Methode dargestellten Silberspirochäten. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Welche Gewebsbestandteile in entzündetem Gewebe täuschen Silberspirochäten vor, von Hans Friedenthal-Nikolassee. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 4.) Verfasser bekämpft die Silbermethode als unbrauchbar.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über den Nachweis der Spirochaeta pallida im Ausstrich mittels der Silbermethode, von Moriz Stern-Prag. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 14.) Eine zuverlässige Methode zum Nachweis der Spirochaeta pallida mittels der Silberimprägnation ist folgende: Die in gewöhnlicher Weise mit Reizserum beschickten lufttrocknen Objektträger kommen für einige Stunden in den auf 37° gestellten Brutschrank, sodann gibt man sie in ein mit 10%iger wässeriger Lösung von Argentum nitricum gefülltes farbloses Glasgefäfs, das durch einige Stunden im diffusen Tageslicht stehen bleibt. Das Präparat nimmt allmählich eine bräunliche Färbung an; hat diese einen gewissen, durch Übung leicht zu erkennenden Grad angenommen, und zeigt das Präparat einen metallischen Glanz, so wird es aus der Lösung genommen und abgespült. In diesem Präparat erscheint die Form der Blutkörperchen gut erhalten, sie zeigen eine sehr zarte schwarze Kontur und tragen eine Anzahl feinster Körnchen. Die Spirochäten erscheinen tiefschwarz auf blafsbraunem oder farblosem Grunde.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Spirochätenbefunde bei Carcinomen und bei Syphilis, von Hans Friedenthal-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 37.) Verfasser gelang es, im Carcinomgewebe Metallniederschläge zu erzeugen, welche den als Spirochaeta pallida beschriebenen Silberspiralen zum Verwechseln ähnlich waren, wie Abbildungen zeigen. Ähnliche Gebilde wurden schon von anderen Forschern in Carcinomen entdeckt, doch erklärte Schaudinn diese als neue Spirochätenarten, welche von der Spirochaeta pallida mit Leichtigkeit zu unterscheiden seien, was Friedenthal nicht anerkennt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Bakteriologische Studien über den Gonococcus. Wachstum des Gonococcus auf seinen freien Nährböden. Wert des Gramschen Verfahrens in der differentiellen Diagnose des Gonococcus, von Rudolf Picker-Budapest. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 43.) P. hat von 36 Blennorrhoen Kulturen auf selbstbereitetem Thalmannschen Agar angelegt, von denen 33 angingen. 21 Stämme zeigten ein gutes bis sehr gutes Wachstum, die 12 restlichen Stämme konnte er teils nicht in Reinkultur bringen, teils auch nicht weiter impfen. Die Kulturen zeigten besonders auf dem frischen, zu zwei Drittel neutralisierten Thalmann-Agar genau dieselben Eigenschaften wie die auf serumhaltigen Nährböden gewachsenen Kolonien. Die Kolonien selbst verhalten sich jedoch verschieden, je nachdem das Material bei der Überimpfung zusammenbleibt oder fein verteilt wird. Es wachsen auf diese Art Kolonien von „grofsem“ und „kleinem“ Typus. Die ersteren sind von wechselnder Gröfse und Form, aber stets erhaben und deutlicher Plateauform. Sie erreichen manchmal eine Gröfse bis zu 1 cm im Durchmesser. Die Kolonien des „kleinen“ Typus sind nach 24 Stunden vollständig durchsichtig, kalottenförmig, sehr fein chagriniert, rund und scharfrandig. Auf das Gelingen der Kulturen hatte die Feuchtigkeit des Nährbodens grofsen Einflufs; an der Grenze des Kondenswassers wachsen die Kolonien besonders üppig. Sehr schöne, ganz lichte Kolonien und Überzüge erhielt P. auf dem gewöhnlichen, vollkommen farblosen Glycerin-Agar. Die Resistenz des Gonococcus gegenüber Temperaturschwankungen ist nach Verfasser bedeutend gröfser als bisher im allgemeinen angegeben war. P. sagt, dafs seine Untersuchungen dazu beitragen, das bereits von Urbahn angegriffene Dogma Neissers: „Alles, was auf gewöhnlichem Agar wächst, sind sicher keine Gonokokken“ unhaltbar zu machen. Es ist demnach der Gonococcus nicht mehr in die Klasse der streng obligaten Parasiten, der „paratrophen“ Bakterien, deren Gedeihen aufserhalb des menschlichen Körpers an das Vorhandensein von Serum gebunden ist, einzureihen, sondern vielmehr zu der nächst niederen Klasse, den metaphoren Bakterien zu rechnen, die im Pepton das zu ihrem Fortkommen erforderliche Eiweifs finden. Übrigens ergab eine zweite Versuchsreihe von Sekretübertragungen auf Thalmannschen Agar kein so günstiges Resultat, da nur 80% der Impfungen ein positives Resultat ergaben. *Putzler-Danzig.*

Die Beziehungen der Meningokokken zu den Gonokokken, von L. Zupsick. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 53.) Die Untersuchungen Z.s zeigten, dafs unter Mikrobien, ebenso wie in der sonstigen organischen Natur Komplexe bestehen, die man zu Anfang als „natürliche Gruppen“, dann aber aus zwingenden Gründen als „Gattungen“ und „Familien“ im naturwissenschaftlichen Sinne benennen mufs. Diese Gattungen zeichnen sich dadurch aus, dafs all ihre Arten eine grofse Anzahl von morphologischen, mikrochemischen, kulturellen und pathogenetischen Merkmalen gemeinsam haben. Das Ergebnis aller Autoren in bezug auf die Untersuchungen auf mannigfachen Gebieten der Infektionskrankheiten läfst sich kurz zusammenfassen: Jegliche, einer Infektionskrankheit sui generis spezifische Erscheinung entspringt der Gattung. Spezifische Erreger von Infektionskrankheiten — von eigenartigen klinischen Krankheitsbildern — von eigentümlichen pathologischen Veränderungen sind nur

Mikrobiengattungen und nicht Mikrobienarten. Ihre letzte Ursache findet diese Erscheinung in der Gattungsspezifizität aller bakteriellen Produkte. In bezug auf die spezielle Frage nach den Beziehungen der Meningokokken und Gonokokken ist zu bemerken, dafs die zweite, von Gonokokken bakteriologisch nicht zu differenzierende Meningokokkenart vom Gonococcus artverschieden ist. Es ist die artdiagnostische Dignität der pathogenetischen Fähigkeiten von Mikrobien zu betonen. Es ist jetzt festgestellt, dafs einerseits Gonokokken und andererseits Meningokokken gleich beschaffene Agglutinine, Präcipitine, Toxine und Antitoxine produzieren, d. h. dafs auch sämtliche mittels dieser beiden Arten bis heute dargestellten Gegenkörper gattungsspezifisch sind. Man kann also voraussagen, dafs auch die übrigen Bakterienarten, die durch ihre kulturellen und mikrochemischen Eigenschaften ihre Angehörigkeit zur „Gonokokkengattung" dokumentieren, sowohl im menschlichen wie im tierischen Organismus die nämlichen gattungsspezifischen Gegenkörper liefern werden.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Agglutinine und spezifische Immunkörper im Gonokokkenserum, von TH. VANNOD-Bern. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 49.) Der Aufsatz enthält eine vorläufige Mitteilung über die vom Verfasser gewonnenen Resultate aus seinen Versuchen mit Gonokokkenserum:

1. Es läfst sich an Tieren durch Vorbehandlung mit Derivaten der Gonokokken ein hochwertig agglutinierendes Gonokokkenserum herstellen.

2. Das Gonokokkenserum agglutiniert nicht Staphylokokken, Streptokokken, wohl aber Meningokokken.

3. Gonokokkenserum besitzt einen erheblichen Agglutinationstitre auch für Meningokokken; umgekehrt agglutiniert Meningokokkenserum die Gonokokken stark.

4. Gonokokkenserum enthält spezifische Immunkörper für Gonokken.

5. Die Ambozeptoren des Gonokkenserums werden von Meningokokken nicht gebunden, wie umgekehrt die Gonokokken keine Bindung der Meningokokken-Immunkörper herbeiführen. Die Methode des Nachweises spezifischer Ambozeptoren in vitro ist daher bei diesen Kokkenarten für diagnostische Zwecke der Agglutination anscheinend überlegen. *Carl Schramm-Dortmund.*

Hygiene.

Belehrung über sexuelle Fragen, von F. C. VALENTINE-New York. (*New York med. Journ.* Febr. 1906.) Die Frage, ob und wie, wann und durch wen der heranwachsende Jüngling über sexuelle Verhältnisse belehrt werden soll, ist, wie allgemein anerkannt wird, und wie V. in diesem kurzen Vortrag nochmals darlegt, sehr schwer zu entscheiden. Für Mädchen ist nach V. eine solche Belehrung nur in den seltensten Fällen empfehlenswert. Bei Knaben ist eine derartige Unterweisung namentlich unter Betonung der durch irgendwelchen Mifsbrauch zu erwartenden Schädigungen in sehr vielen Fällen anzuraten. Man mufs aber möglichst streng individualisieren und nicht etwa solchen Unterricht an irgendeine bestimmte Klassenstufe der Schule binden. Sehr wertvoll wäre es für Lehrer und Eltern, gut geschriebene, fafsliche Abhandlungen über den Gegenstand zur Verfügung zu haben, um dieselben einzeln in geeigneten Fällen zu verteilen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Gefahren der venerischen Krankheiten in ihrer Beziehung zum Staate, von F. C. VALENTINE - New York. (Vortrag im School f. Instruct. of Health Off. Burlington Vt. Juli 1906.) Nach den Ermittlungen der New York County Medical Society leiden unter den vier Millionen Einwohnern dieses Gebietes nicht weniger als 200000 an venerischen Krankheiten. Wenn angenommen werden kann, dafs die

gleichen Verhältnisse im ganzen Lande obwalten, so würden unter den 84 Millionen Bewohnern der Vereinigten Staaten etwa vier Millionen affiziert sein. Es ist kaum annähernd zu berechnen, was dies an verlorener Arbeitszeit und an Behandlungskosten bedeutet. Einen gewissen Anhaltspunkt liefern die Armenstatistiken. Diese ergeben sowohl für Amerika als auch für die europäischen Staaten bekanntlich einen hohen Prozentsatz von Dienstunfähigkeit als Folge von venerischer Erkrankung. Trotz alledem entstehen die gröfsten Schwierigkeiten, sobald der Versuch gemacht wird, Mafsregeln zur Bekämpfung des Unheils zu ergreifen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Der Umschwung in der Prostitution Frankreichs, von Felix Regnault-Paris. (*Intern. med. Rev.* 1907. Nr. 1.) Seit 1902 ist der Prozentsatz der Syphilisfälle bei den Bordellmädchen aufserordentlich zurückgegangen. Die Erklärung dieser Tatsache ist darin zu finden, dafs die Polizei seit dieser Zeit infolge der Bemühungen der „Gesellschaft gegen den Mädchenhandel“ nur majorenne Mädchen in den öffentlichen Häusern duldet. Diese älteren Personen sind aber durch ihre ältere Lues gewissermafsen immun geworden. — Zu gleicher Zeit nahm aber auch die Zahl der Bordellhäuser ab, da die Besucher jüngeres Material vorzogen, welches sie in den Rendez-vous-Häusern fanden. Über diese übt die Polizei keine Kontrolle aus. Doch sind die sanitären Verhältnisse ungefähr ebenso gut wie in den Bordellen, weil auch hier der Eintritt Minderjähriger verboten ist. *Schourp-Danzig.*

Bericht über die Versuche zur Einschränkung der Geschlechtskrankheiten innerhalb der Garnison Budapest, von Feistmantel-Budapest. (*Wien. med. Wochenschrift.* 1906. Nr. 37 und 38.) F. fafst die Resultate seiner Versuche in folgenden Schlufssätzen zusammen:

1. Bei richtiger Durchführung der Einschränkungsmafsregeln liefs sich die Zahl der jährlichen Zugänge an Geschlechtskrankheiten um zirka ein Viertel bis ein Drittel der sonst zu gewärtigenden Ziffer herabdrücken.

2. Das verhütete ein Viertel bis ein Drittel betrifft der Mehrzahl nach Tripperfälle. Es ist durch die Prophylaxe die eine Hälfte der zu gewärtigenden Tripperfälle verhütet worden.

3. Das für die Tripperprophylaxe am besten erprobte Desinficiens ist 3%ige Albarginlösung. Doch sind auch 5%ige Protargollösungen und die Lösung der Kamenschen Doppelpastille wirksam.

F. fügt am Schlufs die Direktiven zur Durchführung der Verhütungsmafsregeln und die Belehrungssätze über die Geschlechtskrankheiten des Mannes hinzu.

Putzler-Danzig.

Die Verhütung von venerischen Erkrankungen, von F. C. Valentine und T. M. Townsend-New York. (*Ohio Sanit. Bull.* März 1906.) Die Bestrebungen der American Society of Sanitary and Moral Prophylaxis, das transatlantische Analogon der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, findet ein ebenso reiches Feld der Tätigkeit und vielleicht noch gröfsere Gegnerschaft als die deutsche Vereinigung. Das gröfste Hindernis besteht darin, dafs es bisher kaum möglich war (und zum grofsen Teil noch ist) diese Frage zu besprechen, ohne sich den gröfsten Entstellungen und Verdächtigungen auszusetzen. Demgemäfs verweigern die meisten irgendwie hervorragenden Persönlichkeiten ihre offenkundige Beihilfe aus Furcht, ihr Ansehen und ihre Stellung in der Welt zu verlieren. Unter den zu ergreifenden Mafsregeln bezeichnen Verfasser die Segregation der Prostituierten als eines der ersten Erfordernisse. Natürlich erscheint dies dem Amerikaner mehr noch als anderen Nationen als ein ungeheurer Eingriff in die Rechte der persönlichen Freiheit, und vorerst werden wohl die Städte Amerikas nach wie vor von offenkundigen und geheimen Prostituierten in sämtlichen Strafsen besetzt bleiben. — Dafs in diesem Vortrag

Hamburg, wo doch die hier empfohlene Beschränkung seit Generationen besteht, als in sexueller Beziehung besonders verrufen angeführt wird, dürfte wohl auf einem Irrtum der Verfasser beruhen. (Ref.) *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten, von Otto Grosse-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 45.) Gr. hat vor einiger Zeit ein Prophylaktikum gegen Geschlechtskrankheiten unter dem Namen „Selbstschutz“ in den Handel bringen lassen; das darin enthaltene antiblennorrhoische Agens, eine Lösung von Hydrargyrum oxycyanatum in Gelatine und Glycerin, vernichtet, wie im Laboratorium Fresenius in Wiesbaden festgestellt wurde, Gonokokkenkulturen innerhalb kurzer Zeit absolut sicher. — Unter Hunderten von Fällen, in denen das Prophylaktikum gegen Blennorrhoe angewendet wurde, ist Gr. keine einzige Infektion bekannt geworden; dagegen erkrankte von zwei Studenten, die beide in der gleichen Stunde den Coitus mit einer blennorrhoischen Puella publica vollzogen, der eine, der keinerlei Vorsichtsmaſsregeln traf, an akuter Blennorrhoe, während der andere, der das Prophylaktikum gebrauchte, gesund blieb, eine Beobachtung, die fast die Beweiskraft eines Experimentes hat. *Götz-München.*

Über die Fürsorge für geschlechtskranke Schwangere und hereditär-syphilitische Kinder, von A. Buschke-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 2 u. 3.) Die Aufnahme und Verpflegung Schwangerer, die gleichzeitig geschlechtskrank sind, stöſst besonders für nicht verheiratete Frauen, allenthalben auf Schwierigkeiten. In Berlin werden sie z. B. nur in der Charité zugelassen. Um dieser sozialen Härte Abhilfe zu schaffen, hat B. den Versuch gemacht, derartige unglückliche Schwangere in seiner dermatologischen Abteilung am Urbankrankenhause aufzunehmen. Er schlägt vor, an die Entbindungsanstalten, ebenso wie diese einen septischen Pavillon besitzen, eine Spezialabteilung für geschlechtskranke Schwangere anzugliedern. Ähnlich ist es auch mit der Fürsorge für hereditär-syphilitische Kinder. Diese sollen möglichst lange den unschätzbaren Nutzen der Mutter- oder Ammenmilch genieſsen. Am besten würden sie dieselbe erhalten, wenn für die Säuglingsheime eine Sonderabteilung für luetische Kinder geschaffen würde, wo sie unter der Pflege ihrer luetischen Mütter oder Ammen bleiben könnten. Diesen Stationen könnte eventuell ein Dermatologe als Berater zur Seite stehen. *Carl Schramm-Dortmund.*

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Die infektiösen und parasitären Krankheiten, von Louis Rénon. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 47.) Klinischer Vortrag über das Wesen der Infektion, natürliche und künstliche Immunität, Klassifikation und soziale Bedeutung der Infektionskrankheiten. Die natürliche Immunität ist nach R. eine Folge der Phagocytose; wenn das Erysipel des Neugeborenen in ganz kurzer Zeit den ganzen Körper überzieht und fast immer und sehr rasch zum Tode führt, während das Erysipel beim Erwachsenen sich zumeist nur wenig ausbreitet und im allgemeinen günstig verläuft, so hat das darin seinen Grund, daſs beim Neugeborenen eine Phagocytose nicht eintritt und die Streptokokken sich infolgedessen rasch nach allen Richtungen hin ausbreiten können, während beim Erwachsenen die Phagocytose eine sehr lebhafte ist.

Götz-München.

Die Verbreitungswege von infektiösem Virus im menschlichen Organismus, von C. Feistmantel-Budapest. (*Wien. med. Presse.* 1906. Nr. 43.) Als Eingangspforte pathogener Keime kommt zunächst in Betracht die Haut; zuerst kleine Risse derselben, dann die Öffnungen der Talg- und Schweiſsdrüsen. Schutzorgane gegen das Eindringen von Keimen sind solche I. Ordnung: die Haut selbst durch

Bildung des kleinzelligen Infiltrats. Schutzorgane II. Ordnung sind die Lymphdrüsen und ein solches III. Ordnung ist das Blut. Je nach der Zulänglichkeit der einzelnen Schutzorgane läfst sich folgende Stufenleiter von Bakterien aufstellen:

1. Mikrobien, welche durch das Schutzorgan I. Ordnung lokalisiert werden können, zu ihnen gehört der Staphylococcus.

2. Mikrobien, welche das Schutzorgan I. Ordnung durchdringen und in denen II. Ordnung lokalisiert werden; hierher gehört der Unna-Ducreysche Bacillus.

3. Mikrobien, welche die Barrieren I. und II. Ordnung stets übersteigen, hierher gehört der Pest- und Milzbrandbacillus. *Putzler-Danzig.*

Fälle von Stillstand und relativem Zurückbleiben des Flächenwachstums der Haut, von M. Schein. (*Pester med.-chir. Presse.* Jahrg. XLIII. 1907. Nr. 1-2.) Verfasser weist darauf hin, dafs sich vielfach ein Wechselverhältnis zwischen Hautwachstum und Haarwachstum konstatieren läfst, indem beim Zurückbleiben des Flächenwachstums der Haut die Haare ihrerseits ein sehr gesteigertes, sogar abnormes Wachsen aufweisen. So hat er in der Literatnr verschiedene Fälle verzeichnet gefunden, bei denen dies zutraf, z. B. einen Fall von Rizzoli, den v. Recklinghausen erwähnt, bei welchem nach Beseitigung einer Spina bifida an der dem Knochenschwunde entsprechenden Stelle ein 32 cm langer Haarschopf sich allmählich entwickelte. Sch. erklärt ferner das kräftige Wachsen der Haare auf dem Kopfe im Kindesalter durch den Umstand, dafs der Schädel des Neugeborenen unverhältnismäfsig grofs ist und in den ersten Lebensjahren weniger wächst als die anderen Körperteile. Auch die Entwicklung der Barthaare mit den unterschiedlichen Verhältnissen bei Männern und Frauen sucht er auf diese Weise zu erklären durch einen Stillstand des Flächenwachstums der Haut an umschriebener Stelle und dementsprechende Verwendung des dabei freiwerdenden Nährmateriales zur Förderung der Haarbildung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Kryptogenetische Streptokokkeninfektion mit persistierender Hauteruption, Lymphdrüsenschwellung und Fieber, Syphilis vortäuschend, von Alfred Stengel, J. William White und Joseph S. Evans. (*University of Penna. Med. Bull.* Nr. 9. Nov. 1906.) Krankheitsgeschichte eines 26jährigen Arztes, welcher mit den genannten Erscheinungen im Zusammenhang mit Tonsillitis, Ikterus, atypischem makulösen Erythem und gastrointestinalen Beschwerden erkrankte. Anamnestisch fehlte jeder Hinweis auf Syphilis. Die Untersuchung des Blutes auf Spirochaete pallida war negativ. Die bakteriologische und kulturelle Untersuchung brachte den Nachweis von Streptokokken, deren Eingangspforte wahrscheinlich die Tonsillen gewesen waren. *Schourp-Danzig.*

Ein Beitrag zur Kenntnis des Morbus Basedowii, von Boris Donchin. Aus der medizinischen Klinik zu Breslau, von Prof. v. Strümpell. (Inaug.-Dissert. 1906.) Der Arbeit liegen 46 an der Breslauer medizinischen Klinik beobachtete Fälle von Basedowscher Krankheit zugrunde. Im Kapitel 6 bespricht Verfasser die Hautsymptome. Solche gehören zu den häufigsten und fast konstanten Basedow-Symptomen. Am häufigsten finden sich starke Schweifse, besonders Nachtschweifse. Dieses Symptom fand sich in 56% der Fälle. Einige Patienten klagten über Schweifs am Morgen, einige über Schwitzen bei Tag und Nacht. Das Schwitzen ist meist schon bei Beginn der Krankheit vorhanden, mitunter erstes Symptom. In 35% wurde eine auffallende Feuchtigkeit der Haut beobachtet. Die Feuchtigkeit ist um so auffälliger, als die meisten Patienten an starken, nicht selten andauernden Diarrhöen leiden. Auch vasomotorische Reizbarkeit der Haut war in einigen Fällen vorhanden. Im Haarsystem finden sich selten Veränderungen; viermal wurde in den Fällen des Verfassers über Haarausfall geklagt. Die Hautfarbe

war in einigen Fällen auffallend dunkel, braun. Diese braune Hautfarbe entwickelt sich während der Krankheit und kann mitunter so stark auftreten, daſs man von einer „ADDISONschen Verfärbung“ sprechen kann. Bei einem Fall war eine diffuse, starke Pigmentierung der Haut vorhanden, wobei interessant ist, daſs sie sich ziemlich plötzlich innerhalb acht Tagen entwickelt haben soll und sich auch auf die Schleimhaut des Mundes erstreckt. In vier weiteren Fällen wurden fleckenweise auf einigen Stellen des Körpers lokalisierte Pigmentierungen beobachtet. (Zahlreiche punktförmige Pigmentierungen auf der Haut des Gesichtes, des Rumpfes und der oberen Extremitäten. — Pigmentierungen neueren Datums im Gesicht. — Bräunliche Pigmentation des Gesichtes. — Fleckenweise braune Pigmentierung an beiden Unterschenkeln mit Verdickung der Epidermis und auffallend braune Gesichtsfarbe.) In einem Fall wurde deutliche Herabsetzung des Widerstandes der Haut gegen den elektrischen Strom konstatiert. *Fritz Loeb-München.*

Formikationen, von S. ERBEN-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1906. Nr. 48.) Über Formikationen klagen Wäscherinnen und Leute, welche anhaltend nähen und stricken. Auch nach Frosteinwirkung kommt es zu Cyanose und Formikationen in den Fingern. Bleibt nach paroxysmalem Schmerz in den Fingern Formikation und langanhaltendes Erblassen einzelner Finger zurück, so sind das manchmal Anfänge der RAYNAUDschen Krankheit. Formikationen der Fuſssohle mit gleichzeitiger Rotfärbung und schmerzhaften Exacerbationen deuten auf Erythromelalgie. Ähnlich den Formikationen sind die Empfindungen bei manchen Hautaffektionen wie Ekzem, Urticaria usw., doch fehlt das Bedürfnis zum Kratzen bei den Formikationen. *Putzler-Danzig.*

Zur Frage der Spezifität der Haarverletzungen durch scharfe und stumpfe Gewalten, von EDGAR HEINECKER. (Inaug.-Dissert. Königsberg i. Pr. 1906.) Die Arbeit beschäftigt sich nur mit den traumatischen Haarverletzungen. Verfasser stellt zunächst kurz alles zusammen, was er darüber in der Literatur verzeichnet fand und referiert zuerst über diejenigen Haarverletzungen, bei denen das verletzende Werkzeug bekannt war. Diesen Beobachtungen fügt er eine Reihe eigener Untersuchungen bei, um zum Schluſs auf Grund der Ergebnisse des gesamten Materials den Versuch einer Beantwortung der Frage nach der Spezifität der Haarverletzungen zu machen.

Soweit scharfe und stumpfe Gewalten in Frage kommen, gibt es keine Spezifität der Haarverletzungen. Ob die Schaftveränderungen verletzter Haare irgend etwas zu einer sicheren Diagnose des verletzenden Werkzeuges beitragen werden, ist vorerst fraglich. *Fritz Loeb-München.*

Über die Erblichkeit der dermoiden Geschwülste, von PETER LUXENBURGER. (Inaug.-Dissert. Bonn 1906.) Verfasser sucht die erbliche Disposition der tera-toiden Geschwülste zu begründen, indem er einerseits Literaturbelege bringt, andererseits Fälle anführt, die für die Wahrscheinlichkeit einer Vererbung sprechen. Die in der Literatur verzeichneten Beispiele über das Vorkommen von Dermoiden bei Mutter und Tochter oder bei Geschwistern weisen mit ziemlicher Deutlichkeit auf die Möglichkeit einer hereditären Anlage in derselben Generation hin. Eine solche familiäre Erkrankung kann nicht auf bloſsem Zufall beruhen, sondern man ist schon berechtigt, ein solches Zusammentreffen von Geschwülsten in derselben Generation auf eine andere Ursache zurückzuführen: auf die hereditäre Disposition.

Fritz Loeb-München.

Lokalisation der vom weiblichen Geschlechtsorgane ausgehenden hämatogenen Hauterkrankungen, von MORIZ SCHEIN-Budapest. (*Wien. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 4.) Pathogene Stoffe, welche aus dem weiblichen Geschlechtsorgan in die Blutgefäſse der Haut gelangen, verursachen hauptsächlich in der Hüftbeuge, an der

Bauch- und Brusthaut, an den Brüsten, in den Achselhöhlen Hautveränderungen, weshalb deren gleichzeitiges Auftreten an den genannten Stellen schließen läßt, daß die betreffenden Hautveränderungen durch ein vom Genitale ausgehendes, auf hämatogenem Wege propagiertes pathogenes Agens verursacht worden sind.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Bedeutung der Schimmelpilze für die Dermatologie und die allgemeine Pathologie. Hebride und reine Dermatomykosen, von Prof. Selenew. (*Rußki Wratsch.* 1907. Nr. 5.) In dieser vorläufigen Arbeit über die Schimmelpilze kommt Verfasser auf Grund einiger eigenen Beobachtungen, die beschrieben werden, zu folgenden Schlüssen:

1. Die Morphologie und die Lebensbedingungen vieler Schimmelpilze, besonders in Verbindung mit den organischen Produkten des Menschen, sind noch garnicht erforscht.

2. Die Schimmelpilze können jede Hautkrankheit, besonders ulceröse komplizieren (hebride Formen).

3. Die Schimmelpilze an sich können verschiedene Veränderungen der Haut hervorrufen, wie Schuppenbildung, Bläschen, Knötchen, Pusteln, Pseudopusteln und Ulcera.

4. Die Schimmelpilze können augenscheinlich einige Hauterkrankungen erzeugen:

a) eine Erkrankung der Gesichtshaut von variolaartigem Typus — Dermatomycosis varioloides faciei und von ekthymaähnlichem Typus — Ecthyma mycoticum;

b) eine Erkrankung vom Typus des Lupus erythematodes — Dermatomycosis lupoidis.

5. Die Schimmelpilze können als Ausgangspunkt von Neubildungen der Haut und des Unterhautzellgewebes dienen, die augenblicklich noch bekannt sind unter dem unbestimmten Terminus „Hautsarkom und Hautsarkoide“.

6. Bei Ergriffenwerden der Gefäße durch die Schimmelpilze kann es zu einer allgemeinen Infektion durch dieselben kommen.

7. In den Fällen des Verfassers handelte es sich augenscheinlich um eine Art von Schimmelpilzen, die sich durch Polymorphismus und Polychromismus, durch Bildung verschiedenartigster Pigmente auszeichnete.

8. Der Schimmelpilz von schwarzer Varietät hat die Form eines parasitären Körpers, welcher die roten Blutkörperchen affiziert und durch die Pigmentbildung zu Verwechslung mit dem Plasmodium der Malaria Anlaß geben kann.

9. Der Schimmelpilz kann bei Zerstörung der lebenden Zellen und der Gewebe eine bedeutende Rolle spielen, denn er kann sie zerfressen und in Staub umwandeln.

Arth. Jordan-Moskau.

Wirkung der Lumbalpunktion auf einige Hauterscheinungen, von Paul Ravaut. (*La presse méd.* 1906. Nr. 101.) Bekannt ist die günstige Einwirkung, welche die Lumbalpunktion auf gewisse Krankheiten des Zentralnervensystems ausübt, wie z. B. Meningitis, meningeale Blutungen, Frakturen des Schädelknochens, syphilitische oder urämische Kopfschmerzen. Weniger bekannt als diese direkten Einwirkungen dürften diejenigen sein, welche die in Rede stehende Punktion auf gewisse Hautkrankheiten ausübt. So hat der Verfasser in Verbindung mit Thibierge zahlreiche Fälle von Pruritus beobachtet, die durch die Entziehung weniger Kubikzentimeter cerebrospinaler Flüssigkeit geheilt oder in erheblichem Maße gebessert wurden. Auch bei Kranken mit Lichen Wilsoni, diathesischem Prurigo, circumskriptem Lichen, pruriginösem Ekzem konnten ähnliche günstige Erfolge beobachtet werden. Bei manchen Kranken genügte eine einzige Punktion, bei anderen mußte dieselbe nach acht Tagen wiederholt werden.

Die hauptsächlichste Einwirkung der Lumbalpunktion war auf das Jucken, doch ging eine Besserung der Hautaffektion Hand in Hand mit derselben einher, nachdem das Kratzen wegfiel und infolgedessen auch die immerwährende Reizung und Verschlimmerung der ursprünglichen cutanen Affektion.

Interessant ist die Einwirkung, welche die Lumbalpunktionen auf verschiedene erythematöse Erscheinungen bei Syphilis, Ekzem, artifizieller Dermatitis, Psoriasis usw. ausüben. Die erythematöse Färbung verschwindet fast gänzlich, allerdings um nach einigen Tagen, wenn auch um vieles abgeschwächt, wieder zu erscheinen.

Eine Erklärung dieser Erscheinungen ist schwer zu geben, doch neigt der Verfasser der Annahme zu, dafs der Shock, welcher durch die lumbale Punktion auf das zentrale Nervensystem ausgeübt wird, hierdurch das periphere Nervensystem und das angioneurotische System beeinflufst. *E. Toff-Braila.*

Über leichte Wärmeeinwirkungen auf die Haut, von Friedrich Hesse. (Inaug.-Dissert. Göttingen 1905.) Die Einwirkung leichter Wärme verursacht am Kaninchenohr: 1. Proliferationserscheinungen durch Hypertrophie und Hyperplasie der Zellen. 2. Anfangs erhebliche Degenerationserscheinungen, die sich in Kernzerfall und Kernschrumpfung und Zusammenfallen der Talgdrüsen äufsern. 3. Nach etwa 40tägiger Anwendung der Wärme langsam zunehmende Regeneration, Aufhören der Zerfallsprozesse, also eine allmählich auftretende relative Immunität gegen leichte Wärmeeinwirkungen. 4. Am Corium eine mäfsige Einengung durch die gewucherte Epidermis und eine mäfsige Hyperämie. 5. Riesenzellen entstehen nicht. 6. Temperaturen von 51° und darüber machen bereits entzündliche Erscheinungen.

Fritz Loeb-München.

Über die Wirkung des teilweisen Lackierens der Haut auf das Blut und die Gewebe, von Ricciardini. (*Giorn. ital. delle Science med.* 1906. Nr. 18.) Wird eine ausgedehnte Partie der Haut, resp. die ganze, mit einer Firnisschicht überzogen, so macht sich die Wirkung der Unterdrückung des Eliminationsvermögens der Haut im zentralen Nervensystem fühlbar, indem rascher Tod durch Lähmung der Zentren eintritt. Ist nur ein geringerer Teil der Körperoberfläche lackiert worden, so dafs ein Teil derselben weiter funktionieren kann, so werden die Versuchstiere befähigt, eine mehr oder weniger lange Zeit weiter zu leben, während sich in den Organen und Geweben entzündliche und nekrobiotische Läsionen bemerkbar machen. Das Blut zeigt nur geringfügige Veränderungen, soweit sich dieselben nach den jetzigen Hilfsmitteln erkennen lassen. *C. Müller-Genf.*

Über das Vorkommen von metallischem Quecksilber im menschlichen Körper, von Walther Schmidt. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 38.) Verfasser berichtet über einen Fall, bei dem sich metallisches Quecksilber in der Menge von etwa 0,5 g in Form von makroskopischen Kügelchen auf etwa handtellergroßer Fläche im Unterhautzellgewebe und in der Fascie vorn mitten am rechten Oberschenkel eines jungen Mannes fand. Die Provenienz dieses Quecksilbers ist ganz rätselhaft. Vor einem Jahre ist Patient unter die Räder eines Eisenbahnwagens gekommen, wobei ihm der linke Oberschenkel abgefahren und der linke Oberarm kompliziert gebrochen wurde; nach dieser Verletzung bekam Patient zahlreiche Salzwasserinfusionen und Kampferöleinspritzungen unter die Haut des rechten Oberschenkels. Aufser diesen Injektionen will Patient keine andere Injektionsbehandlung durchgemacht haben. Lues wird entschieden geleugnet. Das Quecksilber befand sich in einer ca. drei Finger breiten und daumenlangen Infiltration der Haut und der darunter liegenden Schichten. Die bedeckende Haut war von einer feinen, spärlich serös-eitriges Sekret absondernden Fistel durchlöchert und zeigte mehrere frische Fistelnarben. Das Infiltrat wurde nun samt bedeckender Haut und dem zugehörigen Stück der Fascia

lata ausgeschnitten und der Defekt durch Fascien- und Hautnaht geschlossen. Die Wunde heilte glatt zu. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Der Übergang des Quecksilbers von der Mutter auf den Fötus, von Conti und Zuccola. (*Rif. med.* 1906. Nr. 50.) Gestützt auf ihre Experimente an Tieren und Menschen kommen die Verfasser zu dem Resultate, dafs das Quecksilber nicht direkt von der Mutter auf den Fötus, durch die Placenta hindurch, übergeht. Der intime therapeutische Mechanismus dieses Mittels hängt vielmehr wahrscheinlich von der Tatsache ab, dafs das Quecksilber beim Kontakt mit den Zellen des mütterlichen Organismus die Bildung von Substanzen veranlafst, die bei ihrem Durchtritt durch die Placenta und ihrem Eintritt in den fötalen Körper die Eigenschaft besitzen, die Wirkung des spezifischen Agens zu neutralisieren.

C. Müller-Genf.

Über die Schicksale des intramuskulär injizierten Hydrargyrum salicylicum, von Leopold Freund-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 9.) Verfasser spricht über die Vorteile und Nachteile der Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze, welche bekannt sind, und untersucht dann, welche Form, Gröfse und sonstige Beschaffenheit das injizierte Depot des unlöslichen Quecksilberpräparates hat, auf welchem Wege und mit welcher Schnelligkeit die Resorption des Quecksilbers stattfindet und nach welcher Zeit die Resorption vollständig beendet ist. Es fand sich, dafs das Depot keinen ausgesprochen spindeligen Bau, sondern die Form einer ovalen Scheibe hat. Die Resorption des Injektionsdepots erscheint unter normalen Verhältnissen am neunten bis zehnten Tage nach der Injektion beendet. Es lösen sich ununterbrochen kleine Partikelchen Quecksilber vom Hauptdepot los und wandern in das umgebende Gewebe, daneben aber ist die umfangreiche chemische Umwandlung der Injektionsmasse im Hauptdepot selbst und besonders an seinen Rändern an der Verkleinerung desselben beteiligt. In den ersten vier Tagen nach der Injektion findet die Resorption des Quecksilbers in gröfserem Umfange statt als in den folgenden. Es wird also durch Injektionen in Zwischenräumen von etwa acht Tagen eine kontinuierlich anhaltende, annähernd gleichmäfsige Quecksilberresorption erzielt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Die Anwendung des Lichtes in der Dermatologie, von Kromayer-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 3, 4, 5.) Kromayer wandte mit grofsem Erfolge seine Quarzlampe an und beschreibt eingehend an der Hand von zahlreichen Fällen die Anwendungsweise und seine Resultate. Die roten Feuermäler bedürfen einer sehr intensiven Lichtwirkung. Eine Gruppe derselben und zwar die auf Erweiterung der Kapillaren beruhenden diffusen Naevi von blauroter Farbe sind durch das Quecksilberlicht der Quarzlampe zu beseitigen. Bei Beteiligung der Arterien ist zwar eine als Heilung imponierende Besserung zu erreichen, aber es treten Rezidive ein. Beim Lupus vulgaris ist das Licht ein Heilfaktor ersten Grades. Vom Lupus erythematosus eignen sich für Lichtbehandlung nur die chronischen torpideren Formen; sie ist nur mit Vorsicht anzuwenden. Bei der Alopecia areata sind andere Methoden bequemer und billiger, das Ergebnis mit Lichtbehandlung ist nicht bedeutend. Beim Ekzem kann das Licht gelegentlich sehr günstig wirken, besonders beim chronischen, konstitutionellen, ebenso bei Akne vulgaris, Furunkulosis, Sykosis. Bei den letzteren Krankheiten wird die Belichtung aus der Entfernung, nicht durch Aufsetzen der Lampe auf die Haut vorgenommen, da es sich hier nicht darum handelt, eine Tiefenwirkung zu erzielen, sondern Lichtreaktion und oberflächliche Entzündung das Heilagens

darstellen. Die gesunden Hautpartien müssen dabei mit Tüchern, Staniol usw. bedeckt und vor dem Licht geschützt werden. Das eigentliche Wirkungsgebiet des Lichtes sind aber wieder Teleangiektasien, Akne rosacea, Rhinophyma; hier beeinflufst es in ganz spezifischer Weise die Blutgefäfse und bringt sie zum Schwinden. Da diese Affektionen meistens kosmetische sind, so sind die Inkonvenienzen der Lichtbehandlung sehr wohl dabei in Betracht zu ziehen. Verfasser spricht die Hoffnung aus, dafs die Lichtbehandlung besonders durch Einführung der bequemen und nicht so teuren Quarzlampe sich nicht nur in der Dermatologie einen dauernden Platz erobern wird, sondern dafs sie auch in anderen Disziplinen, sobald es nur gelingt, passende Lampenformen zu finden, Eingang finden wird. An Indikationen ür das Licht wird es sicher nicht mangeln. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Phototherapie, von Leopold Freund-Wien. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1907. Nr. 3, 4.) Phototherapie ist die methodische Verwendung des Lichtes zu Heilzwecken. Die verschiedenen Lichtwirkungen schildert F. in einem langen Vortrage, indem er seine eigenen umfangreichen Beobachtungen schildert. Das Licht hat folgende Wirkungen:

1. Es wirkt reizend auf die Haut ein, erzeugt Hautentzündungen.
2. Es wirkt direkt auf das Blut und die Blutgefäfse ein.
3. Bei intensiver Belichtung ausgedehnter Körperstellen bewirkt es ein Zuströmen gröfserer Blutmengen zur Körperoberfläche und damit die Entlastung innerer Organe.
4. Es befördert den Schweifsausbruch.
5. Es modifiziert direkt oder indirekt den Stoffwechsel.
6. Es regt zu Bewegungen an.
7. Es hat einen Einflufs auf Nervensystem und Psyche.
8. Es besitzt eine parasitizide Kraft.
9. Als Überreiz wirkt Licht zerstörend und lähmend.

Verfasser bespricht dann die Entdeckungen Finsens und die therapeutische Verwertung der einzelnen Lichtarten, elektrische Bogenlichtbäder usw.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über die Wirkung des Uviollichtes auf die Haut und deren therapeutische Verwendung in der Dermatologie, von Carl Stern- und Hesse-Düsseldorf. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 7.) Nach den Beobachtungen der Verfasser mufs, wenn therapeutische Erfolge mit Uviollicht erzielt werden sollen, so lange bestrahlt werden, dafs ein Lichterythem auftritt. Gewöhnlich zeigt sich schon drei Stunden nach einer Bestrahlung von 15 Minuten Dauer bei 5 cm Abstand an den behandelten Partien eine fleckige Röte, die bis zum zweiten Tage an Intensität zunimmt, einen Tag auf der Höhe bleibt, vom vierten Tage allmählich in eine bräunliche Färbung übergeht und schliefslich zu lamellöser Abschuppung führt. Bei kürzerer Bestrahlungsdauer ist die Rötung geringer, die Abschuppung oberflächlicher, längere Belichtung bewirkt lebhaftere Rötung und Blasenbildung; aufserdem ist die Reaktion individuell je nach dem Pigmentgehalt der Haut sehr verschieden. Die histologische Untersuchung von Hautstückchen, die 15 Minuten lang belichtet worden waren, liefs erkennen, dafs die Anwendung des Uviollichtes eine oberflächliche Dermatitis, verbunden mit einer mehrere Tage andauernden Gefäfserweiterung, sowie eine konsekutive Abschiebung der oberflächlichen Zellschichten verursacht. Demzufolge beruht die therapeutische Wirksamkeit des Uviollichtes auf Verbesserung der Hauternährung durch langdauernde Hyperämie und auf Abstofsung der oberen Zellschichten.

Behandelt wurden von den Verfassern mit Uviollicht Ekzeme, seborrhoische Ekzeme, Psoriasis, Alopecia areata, Trichophytie, Favus capitis, Sykosis non parasitaria,

Ulcera cruris, Ulcera mollia phagedaenica und Lupus; zu empfehlen ist die Methode nach den gemachten Erfahrungen bei subakuten und chronischen Ekzemen, insbesondere bei seborrhoischen Ekzemen des Kopfes, ferner bei Psoriasis des behaarten Kopfes, Alopecia areata, Herpes tonsurans und wohl auch bei Lupus zur Nachbehandlung nach Anwendung von Ätzmitteln. Vor jeder Bestrahlung müssen Schuppen, Krusten und Borken von der kranken Stelle entfernt werden. Seltene längere, zu lebhafter Rötung führende Bestrahlungen wirken besser als häufige kurze; wiederholt werden die Sitzungen immer erst nach erfolgter Abschuppung.

Das Uviollicht ist sicherlich kein dermatologisches Allheilmittel, wie von mehreren Seiten behauptet wurde, namentlich vermag die Uviollampe nicht die Finsenlampe zu ersetzen; überdies sind ihre technischen Mängel zurzeit noch recht grofs. Immerhin aber kann man mit dem Uviollicht in geeigneten Fällen gute und selbst überraschende Erfolge erzielen. *Götz-München.*

Über Behandlung mit Quecksilberlicht, von Assfalg - Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 41.) A. hat in Fällen von Alopecia areata, Akne vulgaris, Furunkulose, chronischem Ekzema seborrhoicum, Rhinophyma, Akne rosacea, trockenem und nässendem chronischen Ekzem und von Ulcus cruris varicosum die Schottsche Uviollampe angewendet und durchaus sehr günstige Erfolge erzielt; auch bei Psoriasis war das Resultat ein gutes, doch stellten sich sehr bald Rezidive ein. Die Behandlung mit der Uviollampe ist eine sehr einfache, der Patient bedarf während der Bestrahlung kaum einer Beaufsichtigung; nur müssen die Augen während der Belichtung sorgfältig durch dunkelblaue Brillen geschützt werden, da sonst heftige, schmerzhafte, doch rasch wieder abheilende Bindehautkatarrhe entstehen. Die Dauer der ersten Sitzungen soll eine kurze sein, bis die individuell und an den verschiedenen Körperstellen sehr verschiedene Empfindlichkeit der Haut festgestellt ist; dann aber mufs so lange bestrahlt werden, bis die ganze behandelte Fläche eine gleichmäfsige, leicht blaurote Färbung aufweist. Die Färbung wird einige Stunden später mit der eintretenden Lichtreaktion viel intensiver; die Erzielung dieser Lichtreaktion ist unbedingtes Erfordernis für einen therapeutischen Erfolg. — Die Uviollampe ist verhältnismäfsig nicht teuer, ihr Betrieb billiger als der der Eisenlampe; dagegen besitzen ihre Strahlen im Gegensatz zum Finsenlicht keine Tiefenwirkung und sind daher zur Lupusbehandlung nicht brauchbar. *Götz-München.*

Therapeutische Anwendung und Gefahren der Röntgenstrahlen, von Charles Lister Leonard - Philadelphia. (*Journ. americ. med. assoc.* 1907. Nr. 4.) Allgemeine Betrachtungen, ohne Neues zu bringen. *Schourp-Danzig.*

Röntgenstrahlen bei oberflächlichen Läsionen, von Russell H. Boggs-Pittsburg. (*Journ. amer. med. assoc.* 1907. Nr. 4.) Kurze Berichte von erfolgreicher Behandlung bei Alopecia areata, Psoriasis, Ekzema squamosum faciei chronicum, Keloid, Akne, Tinea, Favus, tuberkulöser Drüsenschwellung und Struma.

Schourp-Danzig.

Röntgenstrahlen und Geschlechtsdrüsen, von P. Ancel und P. Bouin. (*Presse med.* 1907. Nr. 29.) Eine Zusammenfassung interessanter Ergebnisse der Tierversuche mit Bestrahlung von Hoden und Ovarien. Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Keimzellen des Hodens ist verschieden von der auf die entsprechenden Elemente der Ovarien.

Im röntgenisierten Hoden verschwinden die parenchymatösen Elemente der Drüse (äufsere Sekretion), während die interstitiellen erhalten bleiben (innere Sekretion). Dem entspricht Verlust der Potentia generandi, Erhaltung der Potentia coeundi und der sexuellen Charaktere.

Im röntgenisierten Ovarium verschwinden dagegen aufser den Eifollikeln (äufsere Sekretion) auch die Corpora lutea (innere Sekretion). Es treten aus diesem Grunde hier aufser dem Verlust der Fruchtbarkeit alle Folgeerscheinungen der Kastration auf.

Schucht-Danzig.

Aus dem Gebiete der Röntgenographie und Röntgentechnik, von Albers-Schönberg-Hamburg. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung.* 1906. Nr. 4.) Der Berliner Kongrefs hat gezeigt, dafs der Interessentenkreis für das Röntgenfach ein aufserordentlich grofser ist, und ferner hat er Gelegenheit gegeben zur Auffrischung alter und zur Anknüpfung neuer Bekanntschaften seitens der im Röntgenfach stehenden Ärzte und Physiker. Ein positiver Erfolg war die Gründung der deutschen Röntgengesellschaft.

Die Technik hat einen wesentlichen Fortschritt in der Konstruktion der Wechselstromapparate ohne Unterbrecher aufzuweisen.

Von Levy-Dorn wurde ein neuer Orthoröntgenograph und von Holzknecht und Robinsohn das Trochoskop angegeben, durch welches die Aufgabe gelöst ist, bei unter dem Tisch drehbarer und verschiebbarer Röhre dorsoventrale Durchleuchtungen des liegenden Patienten zu machen. Der Apparat dient hauptsächlich für Operationen, sowie für Eingipsung von Frakturen im direkten Röntgenlicht.

Auf dem Gebiete der Fremdkörperlokalisation ist der nach dem Prinzip des Zeissschen Entfernungsmessers konstruierte Apparat für Stereoskopie nach Drüner hervorzuheben.

Von Siemens & Halske ist der Versuch gemacht worden, statt aus Platin die Antikathode aus dem neuen Metall „Tantal“, welches noch schwerer schmelzbar als Platin ist, herzustellen.

Auf dem Gebiete der Diagnostik ist zunächst die Untersuchung der Schädelbasis, sowie die Herstellung einer brauchbaren Schädelaufnahmetechnik und die Schaffung normaler Schädelbilder hervorzuheben, wie sie in ausführlicher Weise von Schüller geschildert worden ist.

Eugen Fränkel fand in Fällen von Barlowscher Krankheit gewisse typische Veränderungen, welche besonders deutlich an den unteren Extremitäten, speziell den Unterschenkeln in der jüngsten Zone des Schaftes waren. Die Befunde sind so konstant, dafs man dieselben differentialdiagnostisch mit grofsem Nutzen verwerten kann.

Von demselben Autor ist ferner eine Arbeit über die Blutgefäfsversorgung des Wurmfortsatzes gebracht worden.

Über Knochenveränderungen bei Lepra nervorum im Röntgenbilde handelt eine viel Neues auf diesem noch dunkeln Gebiete bringende Arbeit von Deycke-Pascha.

Die Topographie und Pathologie des Magen- und Darmtraktus wurde von Rieder, ferner von Holzknecht und Brauner in Angriff genommen.

Die Wismutmethode wurde ferner von Wulff, Völcker und Lichtenberger zu Untersuchungen der Blase benutzt. Difformitäten, Verlagerungen und Divertikel lassen sich mit aufserordentlicher Klarheit nach der Technik der genannten Autoren zur Darstellung bringen.

Die Arbeiten von Lenhartz und Kissling, deren Demonstration auf dem Kongrefs zu den Glanzpunkten desselben zu rechnen ist, eröffnen der Lungenchirurgie ein völlig neues Feld.

Ausführliche Untersuchungen bei der Lungendrüsentuberkulose wurden von Köhler vorgenommen. Es gelang ihm, Drüsenschwellungen und Drüsenverkalkungen mit Sicherheit zu differenzieren.

Grofses Interesse erregten gelegentlich des Kongresses die Vorführungen von Ludloff, welcher an Röntgenbildern Verletzungen der Lendenwirbelsäule nachwies

Es mufs ferner der kinematographischen Vorführung von LEVY-DORN gedacht werden, die vom technischen Standpunkt aus gröfstes Interesse boten.

Das gleiche gilt von der Orthophotographie des Herzens, welche von IMMELMANN angegeben wurde.

Eine Arbeit von aufsergewöhnlicher Bedeutung ist die bislang nur einem kleinen Kreise zur Kenntnis und Beobachtung gekommene Sammlung entwicklungsgeschichtlicher Aufnahmen von BÉLA ALEXANDER in Késmark (Ungarn).

Auf dem Gebiete der Therapie hat UNNA über die Röntgendermatitis der Röntgenologen an der Hand der Erfahrungen von zehn Ärzten, die sich schwere Hautverbrennungen zugezogen hatten, eine pathologisch-histologisch und klinisch-therapeutische Studie dieser Berufskrankheit veröffentlicht. Für die Ärzte, welche in früheren Jahren ahnungslos ihre Hände verdorben haben, bietet die UNNAsche Arbeit eine Fundgrube therapeutischer Ratschläge, welche in günstigen Fällen Heilung, in ungünstigen doch wenigstens Linderung brachten.

Die Indikation der Therapie der Neubildungen der Haut, der Haarkrankheiten, der entzündlichen Epithelerkrankungen der Haut, sowie der pruriginösen Affektionen sind in einer Publikation von SCHOLTZ niedergelegt, einer Arbeit, welche durch die Veröffentlichung von HAHN ergänzt wird, der eine Sammelforschung über die Gesamtresultate der Röntgentherapie anstellte.

Neu hinzugekommen in der Dermatotherapie ist die Behandlung der Hautsarkome.

In der Therapie der inneren Krankheiten steht im Mittelpunkte des Interesses die Behandlung der Leukämie, der Pseudoleukämie und der übrigen Bluterkrankungen.

Von erfolgreicher Behandlung berichtet man bei Prostatahypertrophie, sowie bei Struma.

Nachdem von ALBERS-SCHÖNBERG die Atrophie der Testikel beim Tier nach Röntgenbestrahlungen beschrieben worden war, eine Tatsache, die bald auch für Menschen bestätigt wurde, entdeckte HALBERSTÄDTER die gleiche Wirkung der Strahlen auf die Ovarien.

Von besonderer Bedeutung scheint noch die Behandlung der Mediastinaltumoren zu sein. *Arthur Rahn-Dresden.*

Die Heifsluftkauterisation und ihre Anwendung in der Chirurgie, von E. HOLLÄNDER-Berlin. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung.* 1907. Nr. 3.) Nach einem kurzen historischen Rückblick bespricht Verfasser die moderne Technik der Heifsluftkauterisation, die Indikation ihrer speziellen Anwendung und die Heilkomponenten derselben. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die Behandlung frischer Wunden mit durch Wärme zum Austrocknen gebrachten Verbänden, von E. ASBECK-Harburg a. E. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 42.) A. empfiehlt auf Grund zahlreicher günstiger Erfahrungen, die er zuerst als Schiffsarzt gemacht hat, frische Verletzungen ohne Desinfection der Wunde und ihrer Umgebung, aber auch ohne Berührung der Wunde mit den Händen mit einer Xeroformgazekompresse zu bedecken, darüber einige Lagen Mull und Watte zu legen, das Ganze mit einer Mullbinde zu fixieren und den Verband am offenen Kesselfeuer einer Fabrik, am Schmiedefeuer einer Werkstätte oder auch am offenen Herdfeuer, bei kleinen Verletzungen endlich in der Sprechstunde selbst mit Hilfe des BUNSEN-Brenners zu vollständiger Austrocknung zu bringen. Wenn nötig wird die Wunde vor Anlegung des Verbandes vernäht, bei Brandwunden werden zuerst die Blasen entfernt. Die Heilung der Verletzungen erfolgt bei dieser Behandlungsart sehr rasch und reaktionslos ohne Eiterung und sehr häufig ohne Wechsel des Verbandes. Ist nach Abnahme des Verbandes noch nicht völlige Überhäutung eingetreten, dann wird die ganze Prozedur nochmals wiederholt, oder es werden, wenn es sich nur um ganz

kleine Hautdefekte handelt, Salbenverbände angelegt. Zur Entfernung der oft sehr fest haftenden Xeroformgaze dient 2%ige Wasserstoffsuperoxydlösung.

Durch die Austrocknung des Verbandes gelingt es, die Wunde bakteriendicht nach aufsen abzuschliefsen, die in der Umgebung der Wunde befindlichen pathogenen Keime zu fixieren, so dafs ein Einwandern in den Wundbezirk unmöglich wird, die oberflächlich gelegenen Mikrobien in ihrer Lebensfähigkeit einzuschränken und durch die erhöhte Temperatur die Blutzufuhr nach den der Hitze ausgesetzten verletzten Partien zu vermehren. *Götz-München.*

Zur offenen Wundbehandlung von Hauttransplantationen, von Goldmann. (*Centralbl. f. Chir.* 1906. Nr. 29.) Verfasser verteidigt die von ihm geübte offene Wundbehandlung der Hauttransplantationen gegen die gegenteilige Ansicht Weischers. Durch die offene Wundbehandlung wird am besten die Fixation der Pfröpflinge gesichert, indem die Austrocknung der Kittsubstanz und die plasmatische Zirkulation befördert wird. Erst nach 24 Stunden erfolgt die Ernährung durch gewucherte Fibroblasten und neugebildete Gefäfse. Dann ist es einerlei, welche Behandlung man weiter einschlägt, aber die offene Wundbehandlung hat den Vorteil, dafs sie die Anwendung eines macerierenden Verbandes vermeidet. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Technik der Hauttransplantation nach Thiersch, von G. Waljaschko-Charkow. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 42.) Der Erfolg der Hauttransplantationen nach Thiersch hängt von der Immobilisierung der Hautläppchen, also von der Anlegung eines geeigneten Verbandes ab. W. verwendet seit fünf Jahren mit sehr gutem Erfolge zur Fixierung der Läppchen ein Stück undichten Tülls, das in Sodalösung ausgekocht und zwischen sterilisierten Gazekompressen ausgepreſst in der Weise über den transplantierten Hautläppchen ausgebreitet wird, dafs seine Ränder auf die umgebende gesunde Haut zu liegen kommen; hier wird es mit Collodium befestigt. Darüber kommt ein gewöhnlicher Gazeverband, der alle Tage gewechselt wird, während der Tüll zehn bis zwölf Tage liegen bleibt. Die Immobilisierung der Läppchen durch diesen ist eine vollendete und vom Verband ganz unabhängige. *Götz-München.*

Zur Technik der Thierschschen Transplantation, von K. Vogel. (*Centralbl. f. Chir.* 1907. Nr. 13.) Um nach stattgehabter Transplantation erstens die Häutchen ganz in Ruhe zu lassen und zweitens das sich unter sie ergiefsende Wundsekret vollkommen abzuleiten, verfuhr Verfasser so, dafs er mit einer stark gekrümmten Cooperschen Schere Fenster in die aufgelegten Läppchen schnitt, je etwa 2 qmm grofs und je zwei auf 1 qcm. Drückt man die Schere flach gegen die Läppchen, so wölbt sich eine kleine Falte zwischen den Branchen, die exzidiert wird, ohne dafs die Läppchen irritiert werden. Auf die Läppchen kommt eine dünne Lage steriler Gaze, die mit physiologischer Kochsalzlösung befeuchtet und mit Pflaster befestigt wird. Darüber kommt dann ein dicker, feuchter Verband, der täglich gewechselt wird. *F. Hahn-Bremen.*

Erfahrungen mit der Bierschen Stauung, von Lindenstein - Nürnberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 38.) L. berichtet über 100 Fälle, die im Nürnberger Krankenhaus mit Bierscher Stauung behandelt worden sind; es waren darunter 15 Fälle von Furunkeln und Karbunkeln, 25 Panaritien, 5 Eiterungen, die im Anschlufs an Verletzungen, meist infolge Vernachlässigung der Wunden, entstanden waren, 1 Lymphangitis, 4 lymphangitische Abscesse und 18 Phlegmonen. Die Erfolge waren bei all diesen Affektionen im allgemeinen sehr gute, die Heilung vollzog sich gewöhnlich rascher und viel schmerzloser als bei anderen Behandlungsmethoden, und nur in einzelnen Fällen genügten die zumeist vor Beginn der Stauungsbehandlung gemachten kleinen Inzisionen nicht. 7 von den 18 Phlegmonen waren Laterdigital-

phlegmonen, die „durch ihren glänzenden Verlauf ein beredtes Zeugnis für die Wirksamkeit der Stauungshyperämie ablegten"; von fünf periostalen Panaritien heilten zwei mit Erhaltung des Knochens. Weitere Ausdehnung der entzündlichen Erscheinungen wurde stets hintangehalten. Eine blennorrhoische Kniegelenkentzündung, die noch in Behandlung steht, wurde durch die Stauung ebenfalls günstig beeinflufst.

Götz-München.

Zur Anwendung der Stauungshyperämie nach Bier durch den praktischen Arzt, von Max Fischer-Iglau. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1906. Nr. 52.) Verfasser beschreibt seine Wahrnehmungen bei Anwendung der Stauungshyperämie, die er nur bei ambulatorischen Patienten anwandte; es handelte sich um beginnende eitrige und ausgesprochen eitrige Entzündungen und subakute, nicht eitrige Arthritis, Panaritien, Phlegmonen, Furunkel, Karbunkel, infizierte Wunden. Die Resultate waren äufserst befriedigend, die Behandlungsdauer stets kurz. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Behandlung mittels Stauungshyperämie nach der Methode von Bier, von Th. J. Gramenitzki-St. Petersburg. (*Allg. med. Centralztg.* 1907. Nr. 5, 6, 7, 8.) Der Verfasser behandelte 119 Fälle, darunter 18 Fälle von Phlegmone, 3 Abscesse, 6 Fälle von akuter eitriger Lymphadenitis, 3 blennorrhoische Gelenksentzündungen, 3 Karbunkel. Er rühmt neben der schädigenden Wirkung auf Bakterien die Hebung der Ernährung des hyperämisierten Gebietes und die schmerzstillende Wirkung der Stauungshyperämie. Bei der Phlegmonenbehandlung erzielte er eine bedeutende Abkürzung der Behandlungsdauer. Von den drei Fällen blennorrhoischer Arthritis verlief nur ein Fall unter der Bierschen Behandlungsmethode günstig, in den beiden anderen Fällen mufste die Stauungshyperämie wegen ihrer Unwirksamkeit verlassen werden. Fünf Fälle von Lymphadenitis heilten unter Anwendung von Schröpfköpfen in drei bis neun Tagen. Bei der Behandlung des Karbunkels kommt es leicht unter Anwendung des Schröpfkopfes zur Bildung von Tochterkarbunkeln. Aber auch hier wird nichtsdestoweniger ein günstiger Erfolg erzielt. *Schourp-Danzig.*

Einiges zur Bierschen Stauung, von Lichtenstein-Frankfurt a. O. (*Allg. med. Zentralztg.* 1907. Nr. 9.) Aus der Schilderung des Verfassers, welcher sich als biologisch denkenden Therapeuten bezeichnet, sei hervorgehoben, dafs er die Biersche Stauung bei der Behandlung des Furunkels und Karbunkels nicht sehr hoch schätzt. Doch gibt er zu, dafs durch die Saugmethode die Herausbeförderung des Eiters und des nekrotischen Pfropfes denkbar schonend für den Patienten ist, und dafs die Biersche Stauungsmethode die Verbreitung der Armfurunkel hindert und gewissermafsen die Furunkulose isoliert. Auch Lymphangitiden verlaufen nach Lichtenstein unter Bierscher Stauung gut; er hebt aber hervor, dafs diese unter lokaler Behandlung mittels feuchter Packungen und Dampfbäder und Schwitzpackungen auch ohne Biersche Stauungshyperämie recht günstig heilen. *Schourp-Danzig.*

Über eine Reihe von Fällen, welche durch Injektion von Bakterienvaccinen behandelt wurden, von E. Turton und A. Parkin-Hull. (*Lancet.* 27. Okt. 1906.) Nach dem Vorgange von A. E. Wright, dessen Arbeiten über Opsonine und über verschiedene Methoden der Gewinnung von antibakteriellen Präparaten als bekannt vorausgesetzt werden müssen, haben Verfasser eine gröfsere Serie von Fällen (34) in der Weise behandelt, dafs sie nach Bestimmung des Opsoninindex des Blutes sowie der infizierenden Mikroorganismen dem Patienten subcutane Injektionen eines mit der betreffenden Materia peccans gewonnenen Serums verabreichten. Von den 34 Fällen waren es nur vier, welche nicht günstig beeinflufst wurden, und bei den anderen war der Erfolg angeblich ganz überraschend günstig. Aufser vielen tuberkulösen Fällen umfafst die Serie einen Fall von Karbunkel, Staphylokokkeninfektion in verschiedenen Formen, Akne und Sykosis. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die von immunisierten Tieren gewonnenen Drüsenextrakte als therapeutisches Mittel bei der Pest, von S. Mallannah-Hyderabad. (*Lancet.* 20. Jan. 1907.) Nach diesen teils in Indien, teils im hygienischen Institut in Hamburg ausgeführten Untersuchungen läfst sich aus den Drüsen, Leber, Milz, Nebennieren und Lymphdrüsen von pestimmunisierten Kaninchen ein wirksames therapeutisches Agens herstellen. Die Immunisierung geschieht mit dem Haffkineschen Serum, und wenn dieselbe so weit vorgeschritten ist, dafs die Tiere eine intravenöse Injektion von sehr virulenten Pestbazillen vertragen können, werden sie etwa 14 Tage später mit Chloroform getötet und die genannten Organe werden rein auspräpariert, getrocknet und zu einem feinen Pulver verrieben. Dieses Pulver läfst sich mit Wasser gut aufnehmen und dient so als Antitoxin. Versuche mit weifsen und braunen Ratten sowie mit Meerschweinchen ergaben eine günstige Wirkung bei mehr als der Hälfte der 50 Versuchstiere, die sonst der Infektion mit Pestkulturen prompt erlegen wären. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Bärentraubenblätter und ihre Präparate, insbesondere über Uropural, von Georg Haedicke. (Inaug.-Dissert. Greifswald 1906.) Verfasser zeigt, dafs die Folia uvae ursi ein uraltes Mittel sind und dafs sie zuerst in der Mitte des 18. Jahrhunderts wissenschaftliche therapeutische Verwendung fanden. Die Uropuraltabletten kommen in vier Formen in den Handel: Nr. 1 enthält Extr. uv. urs. sicc. 0,25 g. — Nr. 2 aufserdem 0,25 g Salol. — Nr. 3 aufserdem Hexamethylentetramin 0,25 g. — Nr. 4 aufser dem Extrakt noch Acid. acetylo-salicylic. 0,25 g. Die Ordination lautet: ℞ *Tablett Uropural 1 (usw.) Nr. 40.*

D. Ad. vitr. orig. S.

dreimal täglich 1—2 Tabl. zu nehmen.

Verfasser bezeichnet das Mittel vor allem als indiziert bei katarrhalischen Prozessen der harnleitenden Organe, insbesondere denjenigen der Harnblase, mögen dieselben ihren Ausgang genommen haben von einer vorangegangenen Blennorrhoe oder basieren auf konstitutionellen Leiden wie Tuberkulose und auch bei Tabes. Dann kommen in Betracht sämtliche katarrhalische Erkrankungen des uropoetischen Apparates, welche durch mechanische Hindernisse wie Strikturen, Prostatahypertrophie oder sonstige Tumoren hervorgerufen werden. Eine weitere Indikation bilden jene Cystitiden bakteriellen Ursprunges, wie sie durch Strepto- und Staphylokokken, Bacterium coli oder Mischinfektionen verursacht werden; indiziert sind endlich die Uropuraltabletten in denjenigen Fällen, wo die alleinige Verordnung von Urotropin oder Salol bei den Patienten Nebenerscheinungen machte, wie sie Verfasser bei der gleichzeitigen Kombination dieser Medikamente mit dem Trockenextrakt der Bärentraubenblätter in keinem Falle beobachtet hat. Verfasser hebt hervor, dafs in allen Fällen, wo eine örtliche Therapie der Harnorgane möglich ist, eine solche durchaus unternommen werden sollte und die interne Uropuralmedikation in diesen Fällen nur als wertvolle Unterstützung der Lokalbehandlung empfohlen werden mufs. Als alleiniges Heilmittel komme das Uropural nur in denjenigen Fällen in Betracht, welche aus besonderen Gründen einer örtlichen Therapie nicht zugänglich sind. Der Wert des Mittels als Prophylaktikum gegen Cystitis und ascendierende Prozesse wird besonders hervorgehoben. Kontraindiziert ist Urupural bei vorgeschrittenen Fällen von Lungentuberkulose, bei Idiosynkrasie gegen Gerbsäure und gegen Folia uvae ursi; ganz zu verwerfen bei Graviden wegen seiner kräftigen, wehenerregenden Wirkung.

Fritz Loeb-München.

Pharmakologische Untersuchungen über die Wirkungsweise der Balsamica (zweite Abhandlung), von H. Vieth-Ludwigshafen a. Rh. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 47.) Vortrag, gehalten in der dermatologischen Abteilung der letzten Naturforscher-

versammlung in Stuttgart. Verfasser wendet sich der Frage zu, wie die eigentliche antiblennorrhoische Wirkung der Balsamica zustande kommt. Die Lösung des Problems wird in chemischer und pharmakologischer Untersuchung des Balsamharns und der darin enthaltenen einzelnen balsamischen Bestandteile gesucht. — Die anscheinend grofse Fülle der im Harn auftretenden Umwandlungsprodukte der Balsamica führt Verfasser auf zwei Haupttypen zurück, nämlich: 1. Hydroxylderivate der Terpene, insbesondere Terpenalkohole, und 2. Säurederivate der Terpene (Harzsäuren und gepaarte Glykuronsäuren). Diesen Produkten verdanken nun die Balsamica ihre pharmakologische Wirkung, die in Anästhesie, Abschwellung und Adstringierung besteht. Die Untersuchungen des Verfassers beweisen, dafs nicht nur das Santalol, der Alkohol aus dem ostindischen Sandelöl, sondern auch alle anderen Terpenalkohole mehr oder weniger ausgesprochen anästhetisch wirken. Von den anderen balsamischen Substanzen erzeugt eine gewisse Anästhesie das Kawaharz, das aber im Verdauungstraktus in keine deutliche anästhetische Wirkung mehr besitzendes kawaharzsaures Natron verwandelt wird. — Abschwellung, Epithelschrumpfung bewirkt das Sandelöl in allen spezifisch juckstillenden Mitteln (Menthol, Phenole); die Wirkung scheint hier auf Beseitigung der Lymphstauung zu beruhen. — Die Wirkungsweise der Harzsäuren und der gepaarten Glykuronsäuren, die Verfasser unter dem Namen „balsamischer Harnsäuren“ zusammenfafst und die bisher nicht synthetisch gewonnen wurden, wurde durch Versuche mit Substanzen ermittelt, die den gepaarten Glykuronsäuren sehr nahe stehen, nämlich mit künstlich hergestellten gepaarten balsamischen Säuren. Es hat sich gezeigt, dafs diese Substanzen eine ausgesprochen adstringierende Wirkung besitzen.

Für das Zustandekommen der therapeutischen Wirkung der internen Balsammedikation wird man wohl eine Summierung der einzelnen oben dargelegten Faktoren der Wirkung annehmen müssen. Ob der Adstringierung, der lymphatischen Anämie oder der Anästhesie die Hauptwirkung zuzusprechen ist, läfst sich nicht entscheiden.

Was die Bedeutung der internen Darreichung der Balsamica in der Blennorrhoebehandlung anbelangt, so sieht Verfasser in denselben nur eine wertvolle Unterstützung der lokalen Therapie, mit der bezüglich der gonokokkentötenden Kraft die interne Balsamtherapie nicht entfernt konkurrieren kann.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über einige Erfolge mit Beta-Sulfopyrin bei Jodismus und akuten Erkrankungen der Atmungsorgane, von Neumann-Bautzen. (*Allg. med. Zentralztg.* 1906. Nr. 45.) Das Beta-Sulfopyrin wurde vom Verfasser mit ausnahmslos gutem Erfolg bei Jodismus angewendet. Er beobachtete auch günstige Einwirkung bei nicht spezifischen Katarrhen der Schleimhäute, wie Schnupfen, Bronchialkatarrh, Influenza und schreibt dem Mittel bei beginnenden Erkrankungen eine kupierende Wirkung zu. Er gibt mehrmals täglich eine Tablette à 1,0 g. *Carl Schramm-Dortmund.*

Schwere Nierenerkrankung nach äufserlicher Chrysarobinapplikation, von Richard Volk-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 40.) Ein Patient mit „Dermatitis exfoliativa idiopathica“ war mit Chrysarobineinreibungen behandelt worden und kam in desolatem Zustand ins Krankenhaus. Der Verdacht, dafs es sich um eine Chrysarobinintoxikation handelte, bestätigte sich, da die Urinuntersuchung Chrysophansäure feststellen liefs. Ferner enthielt derselbe Albumen ca. 1 ‰ Esbach. Es handelte sich um eine chronisch-parenchymatöse Nephritis, bei der es zu mehrfachen Nachschüben mit Hämaturie kam. Provoziert wurde die Erkrankung durch allzu reichliche Anwendung von Chrysarobin. Ob es sich bei der Grunderkrankung um eine Psoriasis oder eine Psoriasis rubra exfoliativ sec (Audry) gehandelt hatte, liefs sich nicht mit Sicherheit nachweisen; am nächsten lag der Gedanke an eine Dermatitis exfoliativa. *Putzler-Danzig.*

Über den klinischen Wert des Cystopurins, von O. E. Loose-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 2.) Die an 45 Patienten angestellten Untersuchungen über die Wirksamkeit des Cystopurins lieferten dem Verfasser den Beweis, daſs dieses Mittel sowohl bei akuter als auch bei chronischer Blennorrhoe der Urethra und bei Cystitis einen entschieden günstigen Einfluſs ausübt. Dem mikroskopischen Befunde nach zu schlieſsen, bewirkt die innerliche Darreichung eine starke Vermehrung der Lymphocyten, welche eine lebhafte Neigung bekunden, die Gonokokken in sich aufzunehmen und zu vernichten. Die Erfolge bei Verwendung des Mittels als Injektion in einer Konzentration von 1—10% waren zwar befriedigend, aber den mit anderen Mitteln erzielten Resultaten nicht nachweislich überlegen. Seine Hauptbedeutung scheint das Cystopurin darin zu besitzen, daſs es innerlich gegeben als Harnantiseptikum wirkt und die Wirkung der Injektionen, für welche L. mit Vorliebe Albargin und Protargol verwendet, unterstützt, indem es die Schleimhautzellen gegen das Eindringen der Gonokokken widerstandsfähiger macht. Demgemäſs ist es auch im Anfangsstadium, bevor die Injektionen indiziert sind, zu verwenden und hat auch möglicherweise einen prophylaktischen Wert. Verordnet wird es in Tabletten zu 1,0, von denen meistens dreimal täglich zwei Stück genommen werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Kenntnis des Hexamethylentetramins und seiner Salze (Cystopurin), von P. Bergell. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 2.) Diese Arbeit handelt von der Chemie des Hexamethylentetramins und bringt ein Verfahren zur Darstellung desselben aus dem Harne, ferner eine Methode der Bestimmung desselben als Sublimat-Doppelsalz und eine kurze Angabe über einen Fütterungsversuch beim Hunde. Aus letzterem ging hervor, daſs bei Eingabe von 6 g nur 2 g im Urin wieder erscheinen, woraus B. schlieſst, daſs der Rest im tierischen Organismus verbrennt. Die Methode der Bestimmung aus dem Harne ist folgende: 50 ccm des das Hexamethylentetramin enthaltenden Harnes werden mit Essigsäure angesäuert, mit 130 ccm 10%igen Sublimats gefällt und 24 Stunden bei Zimmertemperatur stehen gelassen. Nach dem Abfiltrieren wird der Niederschlag mehrmals mit einer verdünnten mit Essigsäure versetzten Sublimatlösung ausgewaschen und direkt in den Kjeldahlkolben gebracht. Nach der Zerstörung wird die Flüssigkeit auf ein bestimmtes Volumen (500 ccm) aufgefüllt und die Stickstoffbestimmung ausgeführt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Dymal, von Linke-Wiederau. (*Ther. Neuheiten.* Septbr. 1906.) Dymal ist ein billiges Nebenprodukt, welches bei Herstellung der Auerschen Glühlichtstrümpfe abfällt, es dient in Pulverform zunächst zur Behandlung von Hyperhidrosis und Intertrigo, bei Ekkoriationen und Rhagaden, es lindert den Juckreiz und dämpft die Hyperämie. Es ist im wesentlichen ein salicylsaures Didym. In der Kassenpraxis empfiehlt es sich bei kleinen Schnitt-, Biſs-, Quetschwunden, Verbrennung, Ekzem, Psoriasis, Impetigo, Erysipel. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur desinfizierenden Wirkung des Formaldehyds auf die Schleimhäute, von S. Daus. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 16.) Empfehlung des Formamints, dessen günstige Wirkung bei infektiösen Erkrankungen der Mund- und Rachenhöhle auf der örtlichen Wirkung des freien Formaldehyds beruht, welcher den lösenden Mundspeichel und damit die gesamte Mundhöhle desinfiziert. Durch einfache bakteriologische Versuche hat Verfasser nachgewiesen, daſs Formamint schon nach kurzer Zeit keimtötende Kraft besitzt. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Erfahrungen über Ektogan, von M. Friedländer-Berlin. (*Therap. d. Gegenwart.* Okt. 1906.) Der Verfasser hat Ektogan — Zinksuperoxyd ZnO_2 — bei weichen und harten Schankern, bei Herpeseruptionen und Balanitis als Streupulver benutzt

und empfiehlt seine Anwendung wegen des Vorzuges der Reiz- und Geruchlosigkeit, seiner Ungiftigkeit und seiner blutstillenden, desinfizierenden und desodorisierenden Eigenschaften. *Schourp-Danzig.*

Über den Desinfektionswert des Formamints, von Rheinboldt - Kissingen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 15.) Aus den Versuchen des Verfassers geht hervor, daſs das Formamint im Organismus sich wesentlich anders verhält als freies Formaldehyd, und es ist daher möglich, daſs es für die interne Formaldehydtherapie eine besondere Rolle spielt; andererseits lieſs sich eine spezielle Harndesinfektion trotz sehr groſser Dosen nicht erzielen. Klinisch im Vordergrund steht die äuſsere Desinfektionswirkung des Formamints bei Erkrankungen der Mundhöhle, bei Anginen usw. Nach den bakteriologischen Untersuchungen, denen Verfasser den Speichel, welcher beim Kauen und Zergehenlassen von Formaminttabletten abgesondert wird, unterworfen hat, üben dieselben eine ausgezeichnete desinfektorische und keimtötende Wirkung auf den Speichel aus und erscheinen daher überall da indiziert, wo es sich darum handelt, örtlich im Bereich der vom Speichel bespülbaren Teile des Mundes und Pharynx keimabtötend zu wirken. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Verschiedenes.

Scheinbare Makrochilie bei Hysterie, von Leopold Bleibtreu-Köln. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 6.) Bl. beobachtete bei einem 13jährigen, schwer hysterischen Mädchen eine beträchtliche Schwellung und rüsselartige Verdickung der Lippen. Entzündliche Erscheinungen, ödematöse Schwellung und Schrundenbildung fehlten vollständig, die Vergröſserung der Lippen, die seit einem Vierteljahre bestand, war nur eine scheinbare, sie war bedingt durch brettharte Spannung und Kontraktion der Lippenmuskulatur; die ganze Veränderung konnte nur hysterischer Natur sein. Der Verlauf der Erkrankung bestätigte die Richtigkeit dieser Auffassung; faradische Behandlung und kalte Abreibungen bei vollständiger körperlicher und geistiger Ruhe und kräftiger Ernährung brachten die Kontraktur im Laufe einiger Wochen zum Verschwinden, die gleiche Therapie beseitigte dann auch die übrigen hysterischen Stigmata. *Götz-München.*

Ein Fall von angeborenen Fisteln der Unterlippe, von S. Goldflam-Warschau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 2.) G. beobachtete bei einem 22jährigen Manne an der aufgeworfenen, in der Mitte dicken, in ihrer Konsistenz nicht veränderten Unterlippe zwei zu beiden Seiten der Medianlinie genau an der Grenze zwischen Pars intermedia (sive glabra) und Schleimhautteil gelegene, querovale, von Schleimtröpfchen bedeckte Fistelöffnungen, die beide ca. 1 cm weit nach oben hinten in sackförmige Erweiterungen führten; diesen unmittelbar unterhalb der Schleimhaut der Unterlippe befindlichen Erweiterungen entsprachen zwei äuſserlich wahrnehmbare halbkugelige Erhabenheiten. Auſserdem fanden sich an der linken Hälfte der Unterlippe noch zwei flache Vertiefungen, die als rudimentäre Fistelbildungen angesehen werden muſsten. Die Anomalie war angeboren; sie war genau in der gleichen Weise auch bei dem Vater des Patienten und bei zwei Geschwistern vorhanden. *Götz-München.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 44. №. 12. 15. Juni 1907.

Die Botryomykose.

Zusammenfassendes Referat

von

Prof. Dr. FRANZ v. KRZYSZTALOWICZ-Krakau.

Die Hautbotryomykose (βοτ ρύς Weintraube, μυκης Schwamm) bezeichnet eine Erkrankung, welche sich durch Entstehen eigenartiger, kleiner, gestielter, durchaus gutartiger, meistens an den Händen und den Fingern, seltener an anderen Stellen lokalisierter Geschwülste auszeichnet.

Die erste Mitteilung über diese Affektion stammt aus dem Jahre 1897 von PONCET und DOR, welche diese Neubildungen mit der Botryomykose der Tiere besonders aus dem Grunde als identisch angesehen haben, weil es ihnen in einem Falle gelang, aus der kleinen Geschwulst einen Coccus zu züchten, der alle Eigenschaften des sogenannten Botryococcus, des vermutlichen Erregers der tierischen Botryomykose, erkennen liefs.

Das klinische Bild der Botryomykose der Haut beim Menschen ist nach der Angabe verschiedener Autoren sehr charakteristisch und leicht zu erkennen. Es handelte sich in allen Fällen um erbsen- bis nufsgrofse, sehr selten etwas gröfsere, pilzartig prominente, erdbeerförmige, gestielte, auf der Oberfläche gewöhnlich erodierte, nicht selten leicht blutende, weiche elastische Geschwülste, welche am häufigsten an der Dorsal- oder Volarfläche der Finger oder der Hände, seltener an anderen Stellen lokalisiert sind (Stirn, Wange, Lippe, Schulter). In der Regel traf man eine einzige Geschwulst, eine Ausnahme bildet der Fall von DELORE, in dem eine Geschwulst an der Lippe bestand und später sich eine solche an einem Finger entwickelte.

Fast in allen Fällen entsteht die Geschwulst nach Angabe der Patienten an der Stelle einer unbedeutenden Verletzung, welche die Ursache einer Eiterung wird. Erst nach einigen Wochen oder Monaten kommt es langsam zur Entstehung einer Warze, welche sich allmählich vergröfsert, bis sie die Gröfse einer Haselnufs erlangt. Die Geschwulst ist immer mit einem Stiel an der Haut befestigt, in einigen Fällen in einer kraterförmigen Vertiefung, welche nur durch Hervorziehen des

Tumors sichtbar gemacht werden kann. An der umgebenden Haut werden am häufigsten nur leichte Entzündungserscheinungen beobachtet; die Hornschicht an der Ansatzstelle ist fast stets deutlich ringförmig verdickt.

Die Geschwulst ist nicht sehr empfindlich, es kamen aber in ihr zuweilen spontane Schmerzen vor.

Histologisch besteht das Tumorgewebe aus einem bindegewebigen Stroma und aus dem eigentlichen Granulationsgewebe. Dieses setzt sich aus gewucherten Bindegewebszellen, mono- und polynukleären Leukocyten und Mastzellen zusammen und ist an elastischen Fasern sehr arm. Besonders auffällig sind in dem Tumorgewebe weite Kanäle und Hohlräume. Sie sind im Zentrum der Geschwulst besonders gut ausgebildet (FRÉDÉRIC, BODIN) und sämtlich mit regelrechtem Endothel ausgekleidet, so daſs sie als Gefäſse, welche zarte Wände haben, betrachtet werden müssen. PONCET und DOR meinen, daſs diese Kanäle von den Schweiſsdrüsen abstammen (Fibroadenom), — was jedoch von vielen Autoren nicht bestätigt wurde. KUČERA hat im Falle BARACZS zwischen den Bindegewebsfasern ein dem Myxomgewebe entsprechendes Gewebe eingebettet gefunden. (Myxofibrom).

Die Epidermis fehlt an der Oberfläche des Knotens entweder gänzlich oder erhält sich nur stellenweise (FRÉDÉRIC). An der erodierten Oberfläche der Geschwulst hat man fast in allen Fällen eine dicke, aus Fibrin und Eiterkörperchen bestehende Schicht beobachtet. BARACZ bemerkt, daſs der ganz oberflächliche Teil dieser Schicht sich als ein homogen gefärbtes, amorphes Gewebe (Nekrose) präsentiert.

Die umgebende Haut zeigt nur geringe Infiltration der Cutis, aber eine starke Verdickung der Hornschicht mit Verbreiterung der Keratohyalinschicht. (FRÉDÉRIC.)

Bevor ich zur Ätiologie dieser Affektion übergehe, möchte ich erwähnen, was über Botryomykose bei Tieren schon seit lange bekannt ist.

Die Botryomykose hat zuerst BOLLINGER (1870) in der Lunge eines Pferdes beschrieben. Es wurden Knoten von grauweiſser Farbe mit erbsen- bis hanfkorngroſsen Erweichungsherden gefunden. In der Flüssigkeit dieser Herde hat man kleine, gelbweiſse Körnchen von 50—300 μ Durchmesser beobachtet, welche makroskopisch groſse Ähnlichkeit mit Aktinomyceskörnern hatten. Diese Körnchen sind aus Kugeln, die 5—10 μ messen und ihrerseits wieder eine feine Körnung (0,5—0,7 μ) erkennen lassen, zusammengesetzt. BOLLINGER nannte diese Affektion Pneumomycosis chronica und gab dem gefundenen Parasiten den Namen Zoogloea pulmonis equi.

Acht Jahre später hat RIVOLTA (1878) einen ähnlichen Parasiten in einer Geschwulst des Hodensackes beim Pferde gefunden und diesen dem Aktinomycespilz für analog erklärt, indem er demselben den Namen

Sarcodiscomyces equi und später Discomyces gab. Erst als JOHNE, RABE und VIGEZZI ungefähr gleichzeitig eine Reihe sehr interessanter Beobachtungen über das Vorkommen des Organismus bei verschiedenartigen bindegewebigen Geschwulstbildungen mitteilten, schenkte man der Sache mehr Aufmerksamkeit als bisher.

Das Leiden verläuft an verschiedenen Stellen verschiedenartig, es handelt sich dabei um Gewebsneubildungen, um Bildung von Knoten und Knötchen, die in der Mitte oft in eine eiterähnliche Masse zerfallen und die von einer mehr oder weniger dicken, neugebildeten Bindegewebsmasse umgeben sind. Die Knoten sind vielfach gut begrenzt, in anderen Fällen dagegen gehen sie ohne scharfe Grenzen in das benachbarte Gewebe über. Die gröſseren Knoten können absceſsartige Herde und fistulöse Gänge mit schleimig-eitrigem Inhalte bilden. (JOHNE.) Zentral findet sich in allen Herden ein sandkorngroſser Pilzrasen, umgeben von einer spärlichen, eiterigen Zerfallsmasse. JOHNE nannte diese Geschwülste Mykodesmoide oder Mykofibrome.

Die Botryomykome wurden am häufigsten in der Haut beobachtet, öfters aber auch in verschiedenen Muskeln, in den Samensträngen, im Bindegewebe der Beckenhöhle, im Euter, in den Lungen und in den Rippen, sowie im Brust- und Bauchfell.

In der Haut tritt das Leiden am häufigsten an der Vorbrust auf, im allgemeinen überall da, wo das Geschirr aufliegt (an den Seiten der Brust, an dem Bug, auf dem Kopfe usw.). Es bilden sich Knötchen und Knoten von verschiedener Gröſse, von der einer Erbse bis zu der einer geballten Faust, nicht selten noch umfangreicher. Am häufigsten liegen sie in Gruppen geordnet. Die kleinen Knoten sitzen in der Lederhaut selbst, heben sich aber mehr oder weniger als abgerundete kleine Tumoren aus derselben hervor und sind in der Regel mit einer dünnen, atrophischen Oberhaut bekleidet. Zuweilen sieht man von auſsen eine Fistel in die Mitte des Knotens eindringen. Die gröſseren und groſsen Knoten reichen meist bis in die Subcutis. Oft erscheint ihre Oberfläche ulceriert. Zuweilen bildet sich in der Geschwulst ein kleiner Absceſs, der sich nach auſsen öffnet und nicht selten als ein Fistelgang zurückbleibt. Beim Durchschneiden zeigen die gröſseren wie die kleineren Knötchen denselben Bau, daſs heiſst sie bestehen aus einem festen fibrösen Gewebe, welches eine granulationsartige Gewebsmasse einschlieſst. Dieselbe enthält wiederum oft eine kleine eitergefüllte Höhle, die die charakteristischen Pilzrasen enthält.

Auſser an den erwähnten Stellen trifft man die Botryomykome auch an den Maulwinkeln (JOHNE), an den Lippen, der Zunge, der Nasenschleimhaut, in den Kieferhöhlen (STORCH), am Augenlide, an der Spitze der Ohrmuscheln, an dem Widerrist, dem Vorarm, in der Ellenbogen-

gegend, der Innenfläche des Unterschenkels, an der Fessel- und Hufkrone (ALBRECHSEN, STEINER, JENSEN), am After und am Schweife (KITT).

Demnächst tritt die Botryomykose als eine chronische Muskelentzündung auf und ist die Veranlassung von bedeutenden Bindegewebsneubildungen im Armwirbelwarzenmuskel (Brustbeule). Die rundliche Geschwulst, die nicht scharf abgegrenzt ist, befindet sich tief in dem Muskel, meist in der Nähe der Hinterfläche. Von ihrer Oberfläche erstrecken sich zahlreiche Bindegewebszüge und -streifen in das umliegende Muskelgewebe, welches hierdurch ein marmoriertes Aussehen erhält. Oft enthält die Geschwulst nur eine einzige gröfsere, mit weichem Gewebe und Eiter angefüllte Höhle, in anderen Fällen hingegen viele kleinere Höhlen und fistelartige Kanäle. Unter dem Muskel und der in demselben eingebetteten Geschwulst befindet sich eine Gruppe von Lymphdrüsen, die in der Regel stark geschwollen sind, aber nur ausnahmsweise kleinere, scharf abgegrenzte botryomykotische Neubildungen enthalten.

Ähnliche Geschwülste entwickeln sich zuweilen auch in den äufseren Muskellagen der Vorbrust. Während aber das Leiden im Armwinkelwarzenmuskel ganz lokal bleibt, zeigt die Krankheit an anderen Stellen ab und zu einen weit bösartigeren Charakter, indem grofse Muskelpartien mit dem darumliegenden Gewebe nach und nach in feste fibröse tumorartige Massen umgebildet werden. Oft ist die Lederhaut mit in den Prozefs hineingezogen und häufig von mehreren, die Geschwulstmasse durchsetzenden und an der Oberfläche ausmündenden Fistelgängen durchlöchert. Derartige Neubildungen können einen sehr bedeutenden Umfang erreichen. (RABE, JOHNE, JENSEN, SOULA, FRÖHNER, WINTHER, KITT, BANG, BAYER.)

Das Leiden kann auch in dem Samenstrange auftreten, wie das zuerst JOHNE besprochen hat. JENSEN meint, dafs man hin und wieder aus anderen Ursachen hervorgerufene chronisch-entzündliche bindegewebige Neubildungen in beziehungsweise an den Samensträngen antrifft, — er behauptet aber auch, dafs viel öfters als alle diese Prozesse, die Botryomykose an denselben vorkommt. Die Erkrankung wird oft erst mehrere Jahre nach der Kastration bemerkt, es unterliegt aber keinem Zweifel, dafs dieselbe auf die Kastration zurückzuführen und lediglich durch das Eindringen des spezifischen Pilzes in die Kastrationswunden verursacht wird. Die oft sehr feste Anschwellung in der Skrotalgegend, beziehungsweise in den Samenstrangstümpfen, sowie die zahlreichen Fisteln, die sich nach ihrer Oberfläche hin öffnen, bieten ein so charakteristisches Bild dar, dafs man sich in der Diagnose kaum irren kann. Die Knoten können sehr verschiedene Gröfse annehmen; nicht selten erscheint der erkrankte Samenstrang wie ein Kuheuter aus dem Hodensacke herabhängend. FELIZET beschreibt sogar eine Geschwulst, die 60 kg wog. Ausnahms-

weise kann sich der Prozeſs auch nach den Bauchmuskeln hin ausbreiten (Kitt).

Man hat auch mehrere Male in der Literatur einen chronisch entzündlichen Prozeſs im Euter der Stute besprochen. Jensen hat diese Wucherungen mit dem Botryomycespilz in ätiologischen Zusammenhang gebracht. Später fand auch Sand ähnliche Fälle von Euterbotryomykose beschrieben und von Csokor, Henninger und M. Fadyeau im Euter der Kühe beobachtet.

Aber auch andere Organe können Sitz der Botryomykose werden: Die Erkrankung des Eierstocks erwähnt Rieck, die Erkrankung des Schlauches notieren Falby und Lenaux.

Bisweilen kommt es zur Generalisation der Geschwülste (Fröhner, Rieck, Tempel, Kafler, Steiner, Kitt, Jensen), und in diesen Fällen fand man sie am häufigsten in den Lungen, aber auch in der Leber, Milz, am Brustfell, Bauchfell, in den Nieren, Nebennieren und in den Achsel-, Lenden- und Gekrösedrüsen.

Histologisch erscheint das Gewebe dieser Neubildungen, in welchen die Pilze eingebettet liegen, als typisches Granulationsgewebe. Die Auſsenschale bilden Fibroblasten, in der Mitte findet man Rundzellen und in der Nähe der erwähnten Rasen nekrobiotischen Zerfall (Koagulationsnekrose). Neben den verschieden groſsen und fein granulierten Rundzellen sieht man sehr groſse unregelmäſsige Zellen von 4—5fachem Durchmesser einer gewöhnlichen Bindegewebszelle, die zuweilen mit zwei und mehr Kernen versehen sind und platte hautartige, fast hyaline Zellen mit bläschenförmigem, doppelt konturiertem oder homogenem Kern. Die Herde sind von Spindelzellengewebe mit teils fibrillärer, teils homogener Grundsubstanz umschlossen (Johne, Kitt).

Die mikroskopische Untersuchung der schon makroskopisch sichtbaren graugelblichen Körperchen ergibt, daſs sie bis 0,5 mm Durchmesser haben und traubige, aus kugeligen Körnchenhaufen von 50—100 μ Durchmesser bestehende Konglomerate bilden. Die Körnchen sind kugelrund, stark lichtbrechend und von etwa 1 μ Durchmesser. Alle Kugelrasen haben eine homogene, glashelle und farblose Membran, welche dem granulierten Inhalte fest anliegt (Rabe). Je gröſser die Pilzkolonie, um so dicker ist in der Regel diese Membran. Diese Kapsel gehört der Pilzkolonie an; sie ist ein Produkt derselben. Johne faſst sie nicht als Produkt des Organismus, sondern als Produkt einer reaktiven Entzündung auf. Er stimmt insofern auch Rivolta bei, als sich an einzelnen primären Kolonien an der Peripherie sprossen- oder knospenartige Ausstülpungen immer dicht umgeben von der beschriebenen Membran vorfinden. Es scheint ihm wahrscheinlich, daſs sich derartige Knospen abschnüren und zur Bildung sekundärer Mikrokokkenkolonien Veranlassung geben.

Durch Eisessig lassen sich die Körperchen sehr durchsichtig machen, gegen Alkalien und Säuren verhält sich aber die Kapsel sehr indifferent und löst sich erst nach mehrstündiger Einwirkung in diesen Flüssigkeiten. Durch Kochen der ganzen Rasen in Essigsäure oder Alkohol werden sie deutlicher und klarer, bleiben aber im übrigen ganz unverändert.

Durch Druck eröffnet man leicht die Pilzkapsel und es entleeren sich zahlreiche Mikrokokken, die kugelrund sind (1—1,5 μ). Sie liegen einzeln oder paarweise auch in gröſseren Gruppen zusammen und sind mitunter auch von einer blaſs gefärbten (Gentianaviolett) Hüllschicht umgeben. Man erkennt auch sehr deutlich, daſs die hyaline hautartige Umhüllung der kugeligen Rasenabschnitte aus endothelartigen, platten, kernhaltigen Zellen zusammengesetzt ist (Rabe).

Rabe nannte diesen Krankheitserreger Mikrococcus botryogenes, Johne Mikrococcus ascoformans, Kitt schlug den Namen Botryococcus ascoformans vor. Bollinger, welcher seine Zoogloea mit den später gefundenen Botryokokken für identisch erkannte, proponierte den Namen Botryomyces, welche sich allgemein eingebürgert hat.

Die Mikrokokken bilden, wie Rabe genau beschreibt, auf Fleischwasserpeptongelatine kugelrunde, scharf begrenzte Kolonien, die anfangs silbergrau, später, wenn sie gröſser geworden sind, mehr gelblich grau erscheinen, immer aber einen metallischen Glanz besitzen. Die Kolonien liegen immer in der Gelatine. Eine Verflüssigung der letzteren tritt auf den Platten, die schlieſslich aussehen, als ob sie mit Blütenstaub gepudert wären, nicht ein. In Impfstichen vegetiert der Mikrococcus immer in derselben Weise. Es entsteht in allen Fällen zuerst ein matter, weiſslich grauer Faden, der im Verlauf von einigen Tagen etwas dicker, dichter und mehr milchweiſs wird. Darauf erscheint am oberen Ende des Impfstiches eine kelch- oder tulpenförmige Blase, die sich nach und nach etwas vergröſsert. Eine kaum merkbare Verflüssigung der ganz klarbleibenden Gelatine bewirkt, daſs der Faden allmählich abwärts und in sich zusammensinkt, so daſs er nun für einige Zeit schrauben- oder korkzieherartige Windungen macht. Zuletzt sinkt der ganze Faden zu einem unregelmäſsigen Klümpchen zusammen, welches, obwohl ringsum von fester Gelatine umgeben, sehr langsam abwärts gleitet. Eine vollständige Verflüssigung der Gelatine kommt an reinerhaltenen Stichkulturen nicht vor. Auf Kartoffeln wächst der Coccus in Form eines mattgelblichen, reifartigen Überzuges. Sowohl die Kulturen auf Kartoffeln als auch besonders diejenigen auf Platten zeichnen sich durch einen eigentümlichen, obstartig aromatischen und erfrischenden Geruch aus, der an Erdbeeren erinnert. Rabe meint nach seinen Erfahrungen, daſs Agar sich zur Kultivierung dieses Mikrococcus nicht eignet, während er auf Kartoffeln am besten gedeiht.

Endlich ist zu erwähnen, daſs der Mikrococcus in den Kulturen keine Kapsel bildet.

Die bakteriologischen Untersuchungen von KITT ergaben, daſs es sehr kleine Differenzen zwischen den Kulturen des Botryococcus und des Staphylococcus pyogenes aureus gibt. Er hat in sechs Tagen auf den Gelatineplatten isolierte Kolonien des Botryococcus bekommen, die später Verflüssigung zeigten. Er fand auch, daſs die ersten Generationen der aus dem Tierkörper gezüchteten Kokken im Gelatinestiche mäſsige Verflüssigung zeigten, während in späteren Generationen die Art der Verflüssigung derjenigen des Staphylococcus pyogenes aureus glich. HELL stimmt KITT gänzlich bei, meint aber, daſs die Art der Verflüssigung von der Alkaleszenz, Sprödigkeit und dem Gehalte an Gelatine, der Menge des Peptons im Nährboden und der Quantität des Aussaatmaterials abhängt. KITT und DE JONG haben auch üppige Agarkulturen erhalten. KITT ist der Meinung, daſs der Botryococcus auf geradem und schräg erstarrtem 6%igem Glycerinagar ganz gut gedeiht und chromgelbe oder schön orangefarbene, wie Öltropfen aussehende Kolonien bildet. Die Farbstoffbildung variiert ebenso wie bei dem gelben Staphylococcus.

Der Botryococcus wächst gut bei Zimmertemperatur, sein Optimum gibt PARASCANDOLO auf 20—30° an, — bei 40° C. wächst er nicht mehr. Das Minimum betrug 18° C., bei 10° hörte jede Entwickelung auf. Die Kulturen bleiben sieben bis neun Monate am Leben. Bei Zusatz von 10—20% Glycerin zur Nährbouillon wuchs der Pilz nicht mehr.

RABE kommt also auf Grund seiner histologischen und bakteriologischen Beobachtungen zu der Überzeugung, daſs der in den bindegewebigen Wucherungen gefundene und aus diesen kultivierte Mikrococcus die Ursache dieser Krankheit sei. Diese Mikroben töten Meerschweinchen unter den Erscheinungen der Septikämie, bei Schafen und Ziegen erzeugen sie ein sehr heftiges entzündliches Ödem, Mäuse aber scheinen gegen dieselben immun zu sein. Bei Pferden hat RABE durch Impfung des Botryococcus eine Bindegewebswucherung hervorgerufen, die „gelbe Körnchen“ enthielt (DE JONG).

RABE vertritt also die Meinung, daſs der Botryococcus ein spezifischer Organismus sei, — KITT und nach ihm HELL und MARY halten dagegen die Unterscheidungsmerkmale nicht für genügend, um den Botryococcus vom Staphylococcus pyogenes aureus prinzipiell zu trennen. In letzter Zeit (1901) ist PARASCANDOLO zu der Überzeugung gekommen, daſs diese beiden Mikroorganismen sich durch ihre physiologischen und biologischen Eigenschaften unterscheiden lassen. Der Botryococcus wird am kräftigsten agglutiniert durch Pferdeserum, weniger durch Kuh- und Meerschweinchenserum, überhaupt nicht durch Menschenserum. Wenn PARASCANDOLO ferner Kaninchen wiederholt mit Staphylococcus pyogenes aureus oder Botryo-

kokken impfte, so erwies sich, daſs, nachdem die Tiere die Infektion überstanden hatten, das Blutserum für denjenigen Mikroorganismus, gegen den das betreffende Kaninchen immunisiert war, agglutinierende Eigenschaft hatte. Dagegen wurde niemals Agglutination beobachtet, wenn man den Staphylococcus pyogenes aureus mit Blutserum der Kaninchen zusammenbrachte, die gegen Botryococcus immunisiert waren, und umgekehrt.

Es ist nun sehr interessant festzustellen, in welcher Beziehung die tierische Botryomykose zu den beschriebenen bei Menschen beobachteten Geschwülsten steht.

Seit der ersten Veröffentlichung von PONCET und DOR wurde das klinische Bild der Botryomykosis bei Menschen in den Beschreibungen vieler Autoren fast übereinstimmend dargestellt (CHAMBON, DOR, LEGRAIN, FABER und TEN SIETHOFF, SABRAZÉS und LAUBIE, DELORE, SPICK, SAVARIAUD und DEGUY, REVERDIN und JULLIARD, SPOURGITIS, BARACZ, BODIN, GALLI-VALERIO, FERRAND, FRÉDÉRIC, BRAULT).

Fast alle Autoren erwähnen den Zusammenhang der gestielten Geschwülste des Menschen mit der tierischen Botryomykose, obwohl die bei der tierischen so oft erwähnten „gelben Körner“ von ihnen nur selten gefunden wurden.

PONCET und DOR hielten diese maulbeerförmigen Haufen anfangs für Botryomycesrasen, späterhin haben sie aber ihre Ansicht geändert und die Haufen als Degenerationsprodukte der Zellen angesehen, indem sie sagten: „Qu'en un mot l'apparition de botryomyces dans les botryomycomes n'étail qu'un épiphénomène tout-à-fait secondaire.“ Es mag aber ausdrücklich betont werden, daſs einige von den botryomykotischen Hauttumoren der Tiere, besonders le champignon de castration, eine gewisse klinische Ähnlichkeit mit den Geschwülsten des Menschen aufweisen.

Histopathologisch sind die Geschwülste des Menschen ähnlich gebaut wie die botryomykotischen des Pferdes. Das neugebildete Gewebe ist in beiden Fällen sehr zellenreich und enthält zahlreiche weite und ausgedehnte Kanäle. PONCET und DOR haben ihre ursprüngliche Meinung, daſs es sich bei der menschlichen Botryomykose um neugebildete Blutgefäſse handle, später aufgegeben. DOR, der nämlich fünf „champignons de castration“ zu untersuchen Gelegenheit hatte, kam zu der Überzeugung, daſs hier die betreffenden Kanäle durch Wucherung der restierenden Epididymiskanäle entständen (fibroadénose épididymaire). Desgleichen sollen nun auch die beschriebenen Kanäle in den Fingergeschwülsten des Menschen keine Blutgefäſse, sondern gewucherte Schweiſsdrüsenkanäle sein (fibroadénome sudoripare). Andere Autoren aber (BRAULT, SABRAZÉS und LAUBIE, BARACZ, FRÉDÉRIC, BODIN u. a.), haben diese Befunde nicht bestätigt, denn sie betrachten die gefundenen Kanäle als Gefäſse.

Bis heute ist es also noch zweifelhaft, was man von der Natur der

Affektion halten soll. Die Meinungen darüber sind bis jetzt noch geteilt, denn die Verfasser, welche solche Fälle bearbeitet haben, sondern sich in zwei prinzipiell verschiedene Gruppen. Die einen betrachten die Botryomykose des Menschen als eine durch einen spezifischen Parasiten, den Botryococcus, hervorgerufene Krankheit, — die anderen meinen, daſs diese Geschwülste durch einen in der Natur sehr verbreiteten Mikroorganismus, Staphylococcus pyogenes aureus, verursacht worden sind.

Wenn man die von den verschiedenen Autoren erhobenen tatsächlichen Befunde über die Ätiologie dieser Affektion ohne Voreingenommenheit und rein objektiv betrachtet, so kommt man zu dem Ergebnis, daſs alle aus den gestielten Geschwülsten einen Mikroorganismus gezüchtet haben, welcher in allen Fällen sehr ähnliche Eigenschaften besitzt. Die einen aber, wie PONCET und DOR, nach ihnen SPICK, DELORE, CHAMBON, SPOURGITIS, betrachten den gefundenen Coccus als den spezifischen Botryococcus, — die anderen im Gegenteil halten die von den erwähnten Autoren als Unterscheidungsmerkmale betonten biologischen Eigenschaften dieser Mikroorganismen nicht für genügend, um sie von den Staphylokokken unterscheiden zu können (SABRAZES, LAUBIE und JABONLAY, REVERDIN und JULLIARD, BUSQUET und CRÉSPIN, BRAULT, GALLI-VALERIO, BARGEZ, FRÉDÉRIC, BODIN, CARRIÈRE und POTEL).

In den Kulturen erscheinen die aus den menschlichen Geschwülsten isolierten Mikroorganismen als rundliche Kokken von 0,5—1 μ Durchmesser, welche den Staphylokokken sehr ähnlich sehen. In dieser Hinsicht stimmen die Ansichten fast überein. SPICK selbst ist der Meinung, daſs „le botryocoque se présente avec des caractères analogues à ceux du staphylocoque doré“.

Die Merkmale der Kolonien des Botryococcus auf Glycerinagar, Zuckeragar, Serum, Bouillon und Kartoffeln scheinen denen des Staphylococcus sehr ähnlich zu sein. Nach SPICK, PONCET und DOR soll die Verflüssigung der Gelatine beim Botryococcus viel langsamer entstehen als beim Staphylococcus und auf etwas andere Weise. Es tritt nämlich die Verflüssigung nicht in Form eines Kelches, sondern „en forme de bulle ou de tulipe“ ein. SPICK gibt als besonderes Kennzeichen auch den aromatischen an Erdbeeren erinnernden Geruch an, welchen die Kartoffelkulturen des Botryococcus abgeben, einen Geruch, der ganz verschieden ist von dem unangenehmen der Staphylokokken. Endlich erwähnen DOR und SPICK als sehr charakteristisch das Gelbwerden der Kolonien des Botryococcus in Agarkulturen bei 20 ° C. und das Fehlen des Pigments bei 37 °, so daſs sie später auch bei 20 ° ihre wirkliche Farbe behalten.

Auf die erwähnten Unterscheidungsmerkmale sich stützend, kommen die Autoren zu dem Ergebnis, daſs diese Mikroben, Botryococcus und Staphylococcus ganz verschiedene Typen bilden. Man weiſs aber, daſs die

namhaft gemachten Besonderheiten für den sogenannten menschlichen Botryocuccus keine Unterscheidungsmerkmale bilden können, weil man sie auch bei Staphylococcus beobachtet hat und weil sie nicht von allen Autoren konstatiert wurden. SABRAZÉS und LAUBIE betrachten den Botryococcus als identisch mit Staphylococcus pyogenes aureus, da sie bei einem Fall von Botryomycosis den letzteren und Bacillus coli gezüchtet haben. Ihr Staphylococcus aus der Botryomykose war wiederum mit dem aus der agminierten Folliculitis gezüchteten Coccus ganz identisch. REVERDIN und JULLIARD haben in Anbetracht ihrer Kulturversuche die Spezifität des Botryomyces nicht angenommen, weil die von ihnen erhaltenen Kolonien immer denen des Staphylococcus pyogenes aureus glichen. BUSQUET und CRÈSPIN haben den von ihnen isolierten Botryococcus für „une simple variété“ des Staphylococcus pyogenes aureus betrachtet. BRAULT hat auch aus ähnlichen Krankheitserscheinungen die Kolonien des Staphylococcus pyogenes aureus erhalten. In dem Falle BARACZS kultivierte KUČERA aus einer kleinen Geschwulst am rechten Daumenrücken aufser Streptokokken nur einen Staphylococcus albus. Gelbe Kolonien fehlten vollständig. BODIN hat aus seinen zwei Botryomykosisfällen die Kokken isoliert, die bei 22 ° C. schnell gelb wurden und bei 37 ° weifslich blieben. Er meint auch, dafs die Differenzen in der Verflüssigung der Gelatine zwischen dem Botryo- und Staphylococcus, wie auch der Unterschied im Geruch zu „tout-à-fait subtile“ ist, als dafs man dieselben als Unterscheidungsmerkmale in Betracht ziehen könnte. GALLI-VALERIO bestätigt kraft seiner Versuche, dafs die als typisch für den Botryococcus angegebenen Charaktere nicht genügend zu sein scheinen, um diesen Mikroorganismus als eine Sondergattung zu betrachten. In den zwei Fällen von FRÉDÉRIC wuchsen, einmal in Reinkultur, einmal zusammen mit Staphylococcus albus, gelbe Staphylokokken, die in jeder Beziehung mit dem Staphylococcus pyogenes aureus übereinstimmten, jedoch auch die betreffenden kulturellen Differenzen vermissen liefsen. Den Staphylococcus pyogenes aureus haben auch CARRIÈRE und POTEL in ihren zwei Fällen von Botryomykose gezüchtet.

Schliefslich wären noch von verschiedenen Autoren ausgeführte Tierexperimente in Betracht zu ziehen.

Als erster hat GUINARD (auf Veranlassung von PONCET und DOR) die reingezüchteten Kokken einer Eselin eingeimpft und bei dieser eine gestielte Geschwulst erzeugt. SPICK bestätigt die Tatsache, dafs der Botryococcus bei kleinen Tieren eine Eiterung hervorruft. Als Anhänger der Spezifität des Botryomyces stützen sich diese Autoren in dieser Hinsicht auf die Tierexperimente von RABE und KITT.

Die übrigen Verfasser finden in den Inokulationen auf Tiere keine Anhaltspunkte für die Spezifität dieser Krankheit. REVERDIN und JULLIARD haben durch Einimpfung des von ihnen kultivierten Coccus bei Kaninchen

einmal einen Absceſs hervorgerufen, das zweite Mal den Tod herbeigeführt. Brault hat auch durch den aus zwei Botryomykosefällen gezüchteten Staphylococcus pyogenes aureus beim Meerschweinchen und der Ratte einen Absceſs, aber auch eine Nekrose erhalten und ist auf Grund dessen zu dem Schlusse gekommen, daſs der Staphylococcus pyogenes aureus bei Menschen Geschwülste hervorrufen kann, welche den als Botryomykose beschriebenen Neubildungen sehr ähnlich sind. Baracz impfte einem Hunde, einer Katze und einem Pferde die erhaltenen Kulturen von Mikrococcus pyogenes albus ein und rief dadurch leicht resorbierbare Abscesse und einmal Nekrose der Bauchwand hervor. Er schlieſst aus seinen Experimenten, daſs die Botryomykose als eine spezifische Krankheit nicht angesehen werden kann. Bodin und Galli-Valerio, welche auch Tierexperimente ausgestellt haben, stimmen auf Grund ihrer Versuche der Anschauung de Jong bei. Der letztere (Galli-Valerio) ist der Meinung, daſs der Botryococcus nichts anderes ist als ein Staphylococcus, welcher in den Geweben eingenistet, teilweise degeneriert, eine chronische Irritation hervorruft, wodurch ein Botryomykom entstehen kann. Als Moment zur Begründung seiner Theorie führt er an, daſs er durch Einimpfung älterer aus einem Botryomykom gezüchteter und dem Staphylococcus pyogenes aureus ähnlicher Kokkenkulturen bei einem Kaninchen eine gestielte Geschwulst entstehen sah.

Faſst man alles, was über diese Erkrankung behauptet ist, zusammen, so kommt man zu dem Schlusse, daſs es eine besondere Krankheit beim Menschen gibt, welche sich durch Entstehung von gutartigen, gestielten Geschwülsten charakterisiert und welche mit der Botryomykose der Tiere viele Ähnlichkeit besitzt. Was die Ätiologie dieser beiden Krankheitstypen, bei Tieren und Menschen, anbelangt, so ist es zurzeit noch unmöglich, mit Sicherheit das letzte Wort darüber zu sprechen, es ist aber, bei Berücksichtigung aller erwähnten histologischen und biologischen Tatsachen, sehr wahrscheinlich, daſs die tierische wie menschliche Botryomykose durch den Staphylococcus pyogenes aureus hervorgerufen wird. Man könnte wohl annehmen, daſs der letztere Mikroorganismus in seiner pathologischen Tätigkeit in irgend einer Weise modifiziert wird (Galli-Valerio), und daſs in diesen Fällen der Boden — die Haut — durch seine besonderen Eigenschaften auf die Art der Entstehung und die Form der Krankheitserscheinungen Einfluſs ausübt (Bodin).

Falls der von Poncet und Dor für die Hauteffloreszenzen eingeführte Name, Botryomykose humaine, nicht passend erscheint, weil die Spezifität des Botryococcus stark angezweifelt wird, — so kann die rein anatomische, von Frédéric empfohlene Bezeichnung gutartige gestielte Granulationsgeschwülste, Granuloma pediculatum benignum, angenommen werden, — oder die Affektion wird einfach Staphylococcosis cutis (Galli-Valerio) genannt.

Bei der Behandlung spielen die inneren Mittel keine Rolle; von einer Therapie dieser Neubildungen kann nur insofern die Rede sein, als dieselben mit dem Messer entfernt werden.

Literatur.

BALL, *Archiv. génér. de médec.* 1904.
BALZER u. ALQUIER, *Ann. de derm. et syph.* 1901.
BANG, *Versamml. d. Tierärzte.* Kopenhagen 1886.
BARACZ, *Wien. klin. Wochenschr.* 1901.
BARYCTON, *Thèse.* Lyon 1905.
BAYER, *Österr. Zeitschr. f. wissensch. Veter.* Bd. IV.
LE BERRE, *Thèse.* Paris 1904.
BICHAT, *Arch. génér. d. l. médéc.* 1904.
BODIN, *Ann. de derm. et syph.* 1902.
BOLLINGER, *Virchows Arch.* 1870. 49. — *Dtsch. Zeitschr. f. Tiermed.* 1888.
BOSC u. ABADIE, *Presse médicale.* 1903.
BRAULT, *Bull. et mém. d. l. soc. de chir.* 1901. — *Arch. d. parasitol.* 1901.
BUSQUET u. CRESPIN, *Arch. d. parasitol.* 1901.
CADEAC, *Lyon méd.* 1902.
CARRIÈRE u. POTEL, *Presse médicale.* 1902.
CHAMBON, *Thèse de Lyon.* 1897.
CHAUSSÉ, *Bull. de l. societé anatom.* Paris 1905.
CSOKOR, *Österr. Revue f. Tierheilk.* 1885.
DAMIENS, *Thèse.* Paris 1902.
DARTIGUEZ u. BENDER, *Bull. de l. societé anatom.* Paris 1903.
DELORE, *Gaz. hebdom. d. l. médéc.* 1899. — *Lyon méd.* 1899. — *Gaz. des hôpit.* 1900.
DELORE u. GAUTIER, *Gaz. des hôpit.* 1900.
DEMMLER v. HENNINGEN, Inaug.-Diss. München 1900.
DOR, *Lyon méd.* 1898 u. 1902.
DROUEL, *Thèse.* Montpelier 1902.
EBER, *Arch. f. wiss. u. prakt. Tierheilk.* 1892.
FABER u. TEN SIETHOFF, *Nederlanske ooghellkund.* Bejdrag 1897.
FALBY u. LENAUX, *Ann. d. médéc. vétér.* 1901.
M. FADEYAU, *Amer. veter. revue.* Vol. XV.
FERRAND, *Gaz. des hôpit.* 1903.
FRÉDÉRIC, *Dtsch. med. Wochenschr.* 1904.
FRÖHNER, *Monatsh. f. prakt. Tierheilk.* 1897.
GAHINET, *Thèse.* Paris 1902.
GALLI-VALERIO, *Arch. de parasitol.* 1899. — *Zentralbl. f. Bakteriol.* 1902.
GALLOIS, *Bull. médic.* 1905.
HARTZELL, *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* 1904.
HELL, *Zeitschr. f. Veter.* 1890.
HENNINGER, *Baden. tierärztl. Mitteil.* 1887.
JENSEN, *Dtsch. Zeitschr. f. Tiermed.* 1892.
JOHNE, *Dtsch. Zeitschr. f. Tiermed.* 1886. — Bericht ü. d. Veter. Sachsen 1884.
DE JONG, Inaug.-Diss. Gießen 1899.
JULLIARD, *Revue méd. de la Suisse romane.* 1900.

Kitt, *Zentralbl. f. Bakter.* 1888. — *Monatsh. f. prakt. Tierheilk.* 1890.
Küttner, *Beiträge z. klin. Chirurgie.* 1905.
Kafler, *Tierärztl. Zentralbl.* 1902.
Laurençon, *Lyon méd.* 1898.
Legrain, *Arch. de parasitol.* 1898.
Legroux, *Thèse.* Paris 1904.
Lenormant, *Gaz. hebdom. d. méd. et chir.* 1900.
Martens, *Berl. klin. Wochenschr.* 1903.
Mary, *Journ. de médec. vétér.* 1895.
Micellone u. Rivolta, *Giorn. d. anat. fis. et patol.* 1882.
Millian, *Thèse.* Paris 1899.
Moore, *Amer. veter. revue.* 1901.
Mouriquand, *Lyon méd.* 1902.
Nocard u. Leclainche, *Les maladies-microbiennes des animaux.* 1898.
Parascandolo, *Dtsch. tierärztl. Wochenschr.* 1901.
Petit u. Cozette, *Bull. de l. sociét. anatom. de Paris.* 1905.
Piana, *Med. Zooiatro.* 1893.
Piollet, *Lyon méd.* 1902.
Poncet, *Congrès de chirurg. de Paris.* 1902.
Poncet u. Dor, *Lyon méd.* 1897, 1898. — *Arch. génér. d. l. méd.* 1900.
Rabe, *Dtsch. Zeitschr. f. Tiermed.* 1886.
Rabère, *Journ. d. l. méd. d. Bordeaux.* 1904. — *Bull. méd.* 1903.
Rafin, *Lyon méd.* 1898.
Reali, *Clinica vétérin.* 1900.
Reverdin, *Revue méd. d. l. Suisse romane.* 1900.
Rieck, *Arch. f. wiss. u. prakt. Tierheilk.* 1894.
Rivolta, *Sächs. veterin. Bericht.* 1884.
Sabrazés u. Laubie, *Arch. génér. d. l. méd.* 1899. — *Arch. de parasitol.* 1898.
Sand, *Dtsch. Zeitschr. f. Tiermed.* 1893.
Savariaud, *Gaz. des hôpit.* 1902.
Savariaud u. Degny, *Gaz. des hôpit.* 1902. — *Congrès de chir.* Paris 1903. — *Bull. de societé anatom.* Paris 1900.
Schneidemühl, *Zentralbl. f. Bakteriol.* 1898.
Soula, *Révue vétérin.* XII.
Spick, *Thèse de Lyon.* 1899.
Spourgitis, *Thèse de Paris.* 1900.
Sterin, Inaug.-Diss. Bukarest 1903.
Steiner, *Maanedskrift for Dyrlaeger.* 1891. Bd. II.
Thiéry, *Gaz. des hôpit.* 1902.
Tempel, *Sächs. veterin. Bericht.* 1898.
Verdelett, *Journ. d. mal. cut. et syph.* 1900.
Vigezzi, *Giorn. d. anat. fis. et patol.* XVIII.
Villemin, *Soc. d. ped.* Paris 1905.
Villemin u. Abel, Gg., *Bull. de societé anatom.* Paris 1905.
Willbrandt, *Zeitschr. f. Fleisch- u. Milchhyg.* 1894.
Winther, *Maanedskr. for Dyrlaeger.* 1896.

Aus der dermosyphilopathischen Abteilung des „Ospedale Maggiore“ in Mailand.
Geleitet von Dr. A. Bertarelli.

Über einen Fall von angio-kavernösem Myom der Haut.

Klinische und histologische Untersuchungen

von

Dr. A. Pasini,
Privatdozent für Dermatologie und Syphilographie an der Universität Parma.

Die Kenntnis der Hauttumoren, die aus einer Proliferation der glatten Muskeln entstehen, ist erst neueren Datums. Besnier war der erste, welcher (1880) sich einläſslich mit dem Studium dieser Geschwülste beschäftigt und für dieselben eine Klassifikation vorgeschlagen hat. Er sammelte die früheren zerstreuten Fälle von Virchow (1854), Verneuil (1858), Forster (1858), Challand (1871), Marcano (1873) und fügte ihnen einen selbstbeobachteten bei. Aus seinen Untersuchungen hat er unter anderen den Schluſs gezogen, daſs die Myome der Haut in zwei Kategorien eingeteilt werden können: die einfachen Myome (die eigentlichen Dermatomyome) und die Dartosmyome. Die ersten zeichnen sich hauptsächlich dadurch aus, daſs sie sich in jeder Gegend der Haut entwickeln können; die zweiten, von denen Virchow annahm, daſs sie allein existenzberechtigt seien, beschränken sich auf das Gebiet der Dartos, d. h. der Brustdrüsenregion, des Scrotums, der groſsen Schamlippen und des Penis.

Im Verlaufe des nämlichen und im folgenden Jahre (1880—81) veröffentlichten Arnozan und Brigidi mit Marcacci zwei Fälle von multiplen Hautmyomen, die zu der zweiten Kategorie der von Besnier aufgestellten Klassifikation gerechnet werden konnten.

Drei Jahre später schrieb jedoch Babes, indem er sich hauptsächlich auf histologische Gründe berief, daſs Übergänge und sämtliche Kombinationen bei den Hautmyomen möglich seien; er schlug, gestützt hierauf, folgende Einteilung vor:

1. Myome, die sich in der Gefäſswandung infolge einer Proliferation ihrer muskulären Elemente entwickelt haben (Angiomyoma cutis). Diese Tumoren sind gewöhnlich umschrieben, vereinzelt und liegen in der Tiefe. Da, wo sie mit den Nerven in Beziehung stehen, sind diese Tumoren sehr empfindlich (Ganglion dolorosum myomatosum).

2. Hyperplasien der Musculi arrectores pilorum:
   a) als Teilerscheinungen von Gefäfstumoren (VIRCHOW),
   b) multiple Tumoren bildend.
3. Im tiefen Muskelgewebe der Haut sich entwickelnde Neubildungen (Dartosmyome von BESNIER):
   a) diffuse unter der Gestalt von lymphangiektatischer Elephantiasis und myomatöser Pachydermie sich entwickelnder Neubildungen,
   b) umschriebene. Diese letzteren sind polypenförmig, teleangiektatisch, multipel, hier und da schmerzhaft.
4. Myome, die erst sekundär in die Haut eingedrungen sind und sich auf Kosten von abgetrennten Keimen entwickelt haben.

Die neue Einteilung von BABES kommt den meisten Autoren viel zu einläfslich vor. In einer zweiten Mitteilung verwirft sie denn auch BESNIER (1885), weil, wenn auch „au point de vue scientifique il est, sans nul doute, impostacet de savoir qu'il y a des névromyomes, des angiomyomes, des lymphangiomyomes, des myomes par hyperplasie des arrecteurs, des myomes primitifs, idiopathiques et des myomes accessoires, des pachydermies à la fois lymphangiectasiques et myomateuses etc. tout cela n'interesse que secondairement le dermatologiste et avant d'emietter à l'infini une division, il faut procéder à la vulgarisation des faits encore inconnus" . . . In einem Anhang mit neuen klinischen und histologischen Beiträgen zu dem bereits 1880 mitgeteilten und inzwischen in Exitus ausgegangenen Falle hielt es BESNIER für angezeigt, die früher aufgestellte Klassifikation zu bestätigen, wovon die erste Klasse, die einfachen multiplen Myome, ins Bereich des Dermatologen, die zweite, die Dartosmyome, in dasjenige des Chirurgen gehören.

In den folgenden Jahren ist sodann die Literatur über die Hautmyome durch neue Fälle bereichert worden.

Im Jahre 1890 veröffentlichte JADASSOHN zwei derartige Fälle von kleinen Tumoren, die von den Musculi arrectores pilorum auszugehen schienen. Im gleichen Jahre berichtete HESS über einen Fall von multiplen Dermatomyomen der Nase, die in ihrer zentralen Partie ein Netz von ausschliefslich glatten Muskelfasern, in den peripheren dagegen mit sehr zahlreichen Blutgefäfsen vermischte Muskelfasern aufwies. HESS schreibt, dafs „die Muskulatur der peripheren Gefäfse stark entwickelt war, und die Fasern senkten sich tief in die Masse der Tumoren ein". Daraus zieht er die Folgerung, dafs diese kleinen Tumoren aus der Muscularis der Blutgefäfse abstammen. LUCASIEWICZ beschrieb im Jahre 1892 einen Fall von multiplen Dermatomyomen, bei denen die Masse der Tumoren aus einer Proliferation der Tunica media der Gefäfse und aus den Muskelfasern der Haarfollikel und der Drüsen abzustammen schien. Einen

weiteren, dem eben erwähnten sehr ähnlichen Fall veröffentlichte im folgenden Jahre (1893) WOLTERS.

Eine neue Einteilung der Hautmyome hat NEUMANN im Jahre 1897 vorgeschlagen. Den bereits bekannten hat er einen persönlichen Fall zugefügt, der sich auf eine 54jährige Frau bezieht, welche syphilitisch war und an den Armen und am Rumpfe der Urticaria papulosa ähnliche, aber permanente und unveränderliche Effloreszenzen zeigte. Die histologische Untersuchung hat gezeigt, dafs diese Effloreszenzen aus einem dichten Netze von glatten Muskelfasern mit äufserst spärlichen Bindegewebs- und spärlichen elastischen Fasern bestand, während Gefäfse beinahe vollständig fehlten. Die Folgerungen, die er aus der Untersuchung seines eigenen sowie der anderen in der Literatur verzeichneten Fälle zieht, gehen dahin, dafs man die aus glatten Muskelfasern zusammengesetzten Hauttumoren unter zwei Gestalten antrifft: „Eine Form bildet das rein muskuläre Myom, dessen Hauptmasse aus glatten Muskelzellen, fibrillärem Bindegewebe und elastischen Fasern besteht, letztere jedoch so schwach vertreten sind, dafs die Neubildung nicht als Fibromyom bezeichnet werden kann. Die zweite, das kavernöse Myom, welches nebst glatten Muskelzellen reichlich Blutgefäfse und den Bau kavernöser Gebilde aufweist."

Im gleichen Jahre (1897) berichtete CROOKER über einen Fall von multiplen Hautmyomen, aus welchem mit hinreichender Klarheit hervorging, dafs die Neubildungen in der Tunica muscularis der Gefäfse ihren Ausgang nahmen.

AUDRY, HERZOG, ROBERTS, MARSCHALKO haben weitere Beiträge geliefert und Fälle mitgeteilt, in denen die myomatösen Neubildungen aus den arrectores pilorum abzustammen schienen. In Italien hat in neuerer Zeit MIGLIORINI zwei wichtige Fälle von Hautmyomen mitgeteilt. Beim ersten safs der Tumor auf dem Halse eines siebenjährigen Mädchens, das bereits vor einigen Jahren wegen derselben Affektion operiert worden war. Die Neubildung hatte sich rasch wieder gebildet und lag in der oberflächlichsten Schicht des Unterhautzellgewebes; sie war beweglich und von fester Konsistenz. Bei der histologischen Untersuchung fand der Autor Erweiterung und Neubildung von Blutgefäfsen mit Proliferation der muskulösen Elemente des Bindegewebes und des elastischen Gewebes. Im zweiten Falle handelte es sich um einen Tumor von runder Gestalt, von der Gröfse einer Haselnufs, der sich langsam in einem Zeitraume von zwölf Jahren entwickelt hatte; der Sitz des Tumors war das Unterhautzellgewebe in der Gegend des rechten äufseren Knöchels bei einer 54jährigen Frau. Auf den Schnitten zeigte sie sich beinahe vollständig aus glatten Muskelfasern zusammengesetzt, die mehr oder weniger feste Bündel bildeten, welche von mangelhaft ausgebildeten Tunicae der Gefäfse, speziell von der Media ausgingen.

Was nun die besondere histologische Struktur der beiden Gefäſse anbelangt, so hat MIGLIORINI den ersten in die Gruppe der „kavernösen Myome“ von NEUMANN eingereiht und bezeichnet ihn als „Fibromyoma telangiektodes“, eine Bezeichnung, welche bereits VIRCHOW für einen kleinen Tumor der Brustwarze vorgeschlagen hatte. Für den zweiten Tumor hat er die Bezeichnung „perivaskuläres Myom“ gewählt, wobei er ausdrücklich die Beziehungen des Tumorgewebes zur Gefäſswand hervorheben wollte.

Einen anderen Fall von multiplen Hautmyomen hat KRZYSZTALOWICZ im Jahre 1905 veröffentlicht; derselbe betrifft eine 19jährige Frau. Hier bestreitet der Verfasser jede Beziehung des Tumors zu den Gefäſswandungen oder den glatten Muskelfasern, wenigstens was den Ausgangspunkt der Geschwulst anbelangt. Er blieb darüber im Zweifel, ob die Musculi arrectores pilorum beim Aufbau der Geschwulst mitbeteiligt waren, und glaubt vielmehr, daſs die letztere von kongenitalen Miſsbildungen abstammte. Mit dieser seiner Auffassungsweise stellt sich K. auf die Seite UNNAS, welcher bereits im Jahre 1894 in seiner „Histopathologie der Hautkrankheiten“ behauptet hatte, daſs „die Myome zu den angeborenen Neoplasmen gehören“. Auch DARIER teilt diese Ansicht und läſst auch für die Myome seinen Satz gelten, daſs „la conception de l'hétérotopie et de l'isolement à l'époque de la formation embryonnaire de certains groupes cellulaires ou portions de tissu aptes à proliférer ensuite et à végéter pour leur propre compte“.

Einen letzten Fall von disseminierter Myomatose der Haut mit zweifelloser Abstammung aus dem neugebildeten Gewebe der Musculi arrectores pilorum hat NOBL beschrieben.

Aus den eben angeführten Literaturangaben über Hautmyome geht hervor, daſs die wichtigste und bis jetzt noch ungelöste Frage sich auf die Abstammung der Tumoren bezieht, d. h. auf ihren Ausgangspunkt und die Ursachen, welche ihre Entwicklung veranlassen.

Ich habe nun Gelegenheit gehabt, in letzter Zeit einen Fall von Hautmyom zu beobachten. Da mir derselbe geeignet erscheint, etwas Klarheit in die uns interessierende Frage zu bringen, so lasse ich hier seine Beschreibung folgen.

Es handelt sich um ein 14 Monate altes Mädchen von Roncello Milanese, an normalem Termine und mit bestem Allgemeinzustande geboren; normaler Geburtsverlauf.

Bei der Geburt zeigte das Kind gar nichts Abnormes auf der Haut, aber schon nach wenigen Tagen traten im oberen Drittel der vorderen und inneren Fläche des linken Beines vier Knötchen auf. Zuerst ganz klein, erreichten sie im Verlaufe von etwa vier Wochen die definitive Gestalt und

Gröfse einer Erbse; von diesem Augenblicke an blieben sie unverändert. Zur Zeit der Beobachtung lagen die Knötchen in der Tiefe der Cutis, ragten kaum über die Haut empor, in Gestalt von papel- oder linsenförmigen Erhabenheiten von ecchymotischem Aussehen; die Konsistenz war derb elastisch. Keine Spur von Entzündung in der Umgebung; unter dem Druck des Diaskops veränderten sie sich nicht. Dies war der Status der kleinen Patientin im siebenten Monate ihres Daseins und bis zum zehnten blieb derselbe unverändert. Zu dieser Zeit bildete sich in der ganzen Umgebung des am höchsten gelegenen Knötchens, einige Zentimeter von der Kniescheibe entfernt, eine Indurationszone, jedoch ohne entzündliche Erscheinungen; die Konsistenz war teigig, die Gröfse entsprach etwa der eines Talers und es lag in der Tiefe des Unterhautzellgewebes. Gleichzeitig war das ganze Bein ödematös geworden, von elastischer Konsistenz und wachsweifser Färbung. Bemerkenswert ist, dafs diese Komplikationen mit den gemachten Gehversuchen aufgetreten waren.

Dies war der Zustand des Kindes, als es uns das erstemal vorgestellt wurde. Die klinische Diagnose war denn auch ziemlich schwierig.

Aus der Anamnese liefs sich nichts von infektiöser Heredität eruieren. Die inneren Organe befanden sich in normalem Zustande. Drüsenanschwellungen waren auch an der Extremität, welche der Sitz der Affektion war, nirgends zu entdecken.

Ein aus dem erkrankten Hautgewebe exstirpiertes Stück wurde in ZENKERscher Lösung fixiert, in Celloidin eingeschlossen, in Serien geschnitten und in verschiedener Weise gefärbt. Der Befund war folgender:

Die grofse Masse der Geschwulst lag in den tiefen Schichten der Cutis und im Unterhautzellgewebe. Eine kapselartige Umhüllung fehlte. Die Geschwulst steht mit der Umgebung in folgenden Beziehungen: nach oben grenzt sie an das kollagene Gewebe, das sich vielfach in die Geschwulst einsenkt; nach unten lehnt es sich gegen die dicken interadipösen Trabekeln an, mit mehr oder weniger langen Strecken von Fettgewebe und zahlreichen Haufen von Knäueldrüsen, die aufserhalb der eigentlichen Tumormasse liegen.

Von oben nach unten untersucht, zeigen die Schnitte eine normale Epidermis. Die Papillarkörper und die oberflächliche Cutis sind etwas ödematös, ihre Gefäfse dilatiert. Der Cutisabschnitt, welcher die Geschwulst begrenzt, zeigt enorm dilatierte Gefäfse mit dünnen, aber unversehrten Wandungen; sie sind mit Blut angefüllt, deren rote Körperchen gut erhalten sind.

Die Geschwulst setzt sich aus verschiedenen Elementen zusammen, nämlich: isolierte oder zu Bündeln vereinigte, in verschiedenen Richtungen verlaufende und verflochtene glatte Muskelfasern; hochgradig dilatierte Blut-

gefäſse; Spalten mit sehr zahlreichen roten Blutkörperchen und einigen mehrkernigen und neutrophilen Leukocyten; kollagene Bündel und Bindegewebszellen; elastische Fasern.

Das vorherrschende Gewebe der Geschwulst, welches deren Grundelemente bildet, sind die glatten Muskeln. Im Zentrum befindet sich ein Haufen derselben, der auf den verschiedenen Schnittrichtungen deutlich in die Erscheinung tritt. Mitten in diesem Haufen von glatten Muskelfasern findet man verschieden gestaltete Lücken, deren Ränder zerklüftet und mit einem Endothel überzogen sind, welcher Überzug jedoch nicht ein ununterbrochener ist. Die Lücken sind mit unveränderten Blutkörperchen ausgefüllt.

Um diesen zentralen Haufen herum ziehen andere Fasern und Bündel von glatten Muskeln, die in verschiedener Richtung verlaufen; man findet zwar unter ihnen vermischt auch kollagene Fasern und Bindegewebszellen; die Hauptmasse aber bleibt das glatte Muskelgewebe. In diesem peripheren Abschnitte des Tumors sind auch einzelne lakunäre Räume und zahlreiche erweiterte Blutgefäſse; die ersteren liegen mitten im Binde- und Muskelgewebe und haben sich durch ein Auseinandertreten der Grundgewebselemente gebildet; eine eigentliche Gefäſswand besitzen sie nicht, sie sind aber, wenn auch nicht vollständig, von einer Endothelschicht überzogen. Ihre Gastalt ist unregelmäſsig, mit vielen Buchten, in welchen sich rote Blutkörperchen aufgesammelt haben, die sich in den verschiedenen Stadien der Entartung befinden. Die erweiterten Gefäſse besitzen die eigentliche Struktur weder der Arterien noch der Venen. Trotzdem halte ich sie für Gefäſse, weil sie eine fast vollkommen runde Gestalt besitzen und von einer kontinuierlichen Endothelschicht überzogen sind; letztere ruht auf einem zirkulär angeordneten Bindegewebe, in welchem elastische Fasern und glatte Muskelfasern verlaufen. Eine sichere Kontinuitätsbeziehung zwischen dem freien Muskelgewebe, welches den Kern des Tumors bildet, und den Wandungen dieser dilatierten Gefäſse läſst sich unmöglich feststellen.

Das elastische Gewebe ist normal im Bindegewebe verteilt, welches die Masse des Tumors umgibt, und ist in letzterem nur spärlich vertreten. Bemerkenswert ist die Tatsache, daſs einzelne dünne Fibrillen dieses elastischen Gewebes in geschlängeltem Verlaufe zwischen die neugebildeten Muskelfasern eindringen, nirgends aber zeigen sie an den Extremitäten die den Musculi arrectores pilorum eigene Anordnung.

Im peripheren Abschnitte der Geschwulst findet man ferner mitten unter den Muskelfasern, dem Kollagen, den Bindegewebszellen, den dilatierten Gefäſsen, den lakunären Räumen, Knäueldrüsenausführungsgänge: sie verlaufen mitten durch das neugebildete Gewebe, nachdem sie ihre muskulöse Umhüllung verloren haben; an vielen Stellen sind sie Druck-

wirkungen ausgesetzt, wie dies an den lokalen Erweiterungen mit Stauung des Inhaltes ersichtlich, der im secernierenden und im Anfange des exkretorischen Abschnittes gefunden wird. Beziehungen zwischen dem Verlaufe dieser Kanäle und dem muskulären Elemente der Geschwulst lassen sich nicht mit Sicherheit nachweisen.

Auch habe ich keinen Zusammenhang des Muskelgewebes des Tumors mit den Musculi arrectores pilorum finden können. Anzeichen von Entzündung fehlen sowohl in der Masse der Geschwulst, als im benachbarten Gewebe.

Soweit der klinische und histologische Status der Patientin im Anfang Mai. Während der zwei Monate, die sie in unserem Spital lag, verschwanden nach und nach, unter dem Einflusse der Bettruhe, die Indurationszone in der Umgebung des Knötchens unterhalb der Kniescheibe, ebenso das Ödem des Beines. Die Knötchen selbst hingegen haben ihr ursprüngliches Aussehen beibehalten. Im nachfolgenden August wurde sie dann wieder ins Spital gebracht und zwar mit einem neuen Knötchen von der Gröfse einer Erbse und den früheren an Aussehen gleich. Dasselbe hatte sich im Verlaufe des Monats Juli gebildet und lag am oberen und vorderen Drittel des rechten Beines.

Aus dem obigen Befunde lassen sich eine Reihe wichtiger Betrachtungen über den Ursprung der Hauttumoren aus dem glatten Muskelgewebe ableiten.

Die Diagnose gründet sich ohne weiteres auf den histologischen Befund. Letzterer hat nämlich gezeigt, dafs die Neubildung hauptsächlich aus glatten Muskelfasern zusammengesetzt ist, dafs diese im Zentrum der Geschwulst mit Blut angefüllte Räume und dilatierte Gefäfse enthalten; in der Peripherie vermischen sie sich mit kollagenen Fasern, Bindegewebszellen und ab und zu mit Ausführungsgängen von Knäueldrüsen.

Das elastische Gewebe ist sehr spärlich vertreten über die ganze Geschwulst und es fehlt ihm jede charakteristische Anordnung. Jede Spur eines entzündlichen Prozesses fehlt.

Das weitaus vorherrschende Element des Tumors ist das glatte Muskelgewebe, und die Neubildung mufs somit als eine Geschwulst betrachtet und unter die Myome eingereiht werden. Das kollagene Gewebe und die Bindegewebszellen sind nur spärlich vertreten und unregelmäfsig verteilt, so dafs man schwerlich von einem gemischten Tumor, einem Fibromyom, reden kann. Ein wichtiger Anteil beim Aufbau der Geschwulst kommt dagegen dem Gefäfssystem zu, welches sehr reichlich vertreten ist in Gestalt von enorm dilatierten Gefäfsen und ziemlich weiten Räumen, die mit Blut angefüllt sind. Um nun für die Geschwulst eine verständliche

Bezeichnung zu finden, welche ihre Grundelemente und die besondere Beteiligung des Gefäſssystems hervorheben soll, habe ich es für passend erachtet, die Bezeichnung Myoma angio-cavernosum anzunehmen.

Zu einer derartigen Auffassungsweise des Falles hatte uns übrigens schon die klinische Untersuchung geführt, nur fehlte uns noch die definitive Bestätigung, in Anbetracht des jugendlichen Alters der Patientin, des Ödems und der vorhandenen Indurationszone.

In keinem der bisher beschriebenen Fälle von Hautmyomen findet man nämlich eine solche frühzeitige Entwicklung der Affektion wie in dem vorliegenden. In einem Falle von MIGLIORINI war die Patientin sieben Jahre alt, eine andere von KRZYSZTALOWICZ war 19 Jahre alt und in den Fällen von MARSCHALKO, LUKASIEVICZ, ROBERTS betrug das Alter im Mittel 20 Jahre. Sämtliche anderen Fälle beziehen sich auf erwachsene Personen zwischen dem 25. und 60. Jahre. Unser Fall ist demnach in dieser Beziehung einzig in seiner Art. Dagegen ergab es sich nach der histologischen Untersuchung, daſs das auf das rechte Bein lokalisierte Ödem und die Induration um eines der Knötchen von nur untergeordneter Bedeutung war. Diese Erscheinungen finden nämlich ihre Erklärung in der erschwerten Zirkulation wegen des Vorhandenseins der Geschwulst und in der Mitbeteiligung der Gefäſse. Diese aus dem histologischen Befunde geschöpfte Erklärung findet ihre Bestätigung in den anamnestischen Angaben, wonach das Ödem und die Indurationszone mit den ersten Gehversuchen aufgetreten und durch die permanente Bettruhe beträchtlich zurückgegangen sind.

Welche Schlüsse lassen sich nun aus dem Bisherigen ziehen? Die Tatsache, daſs die Tumoren bald nach der Geburt aufgetreten sind, und zwar bei bestem Allgemeinzustande des Kindes, an einer umschriebenen Körperstelle, in verschiedenen Zeiträumen, die Tatsache ferner, daſs eine jede dieser Geschwülste in kurzer Zeit ihre volle Entwicklung erreichte, daſs ihnen keine allgemeinen oder lokalen Reaktionserscheinungen vorausgingen, noch ihnen welche folgten oder sie begleiteten, diese Tatsachen, sagen wir, führen uns zur Annahme, daſs es sich um eine kongenitale Affektion handelt, indem diese unter pathologischen Bedingungen fortdauert, die sich im intrauterinen Leben entwickelt haben, auf einen einzigen Abschnitt des Körpers beschränkt blieben, nämlich auf das rechte Bein und die sich dann in den ersten Zeiten des extrauterinen Lebens weiter entwickelt haben.

Wir finden in dieser Auffassungsweise auch Anhaltspunkte für den Nachweis des Ausgangspunktes der Neubildung.

Von den verschiedenen Hautmyomen, die wir in der Literatur verzeichnet finden, zeigten diejenigen von JADASSOHN, NEUMANN, AUDRY, HERZOG, ROBERTS, MARSCHALKO, NOBL eine zweifellose Abstammung aus

den Musculi arrectores pilorum; andere, wie die von HESS, CROOKER und der zweite Fall von MIGLIORINI, weisen deutliche Kontinuitätsbeziehungen auf zu den Tunicae muscularis der Gefäſse; wieder andere, wie die von WOLTERS, BRIGIDI, LUKASIEVICZ, stammen gleichzeitig von den Arrectores pili, von den Tunicae der Gefäſse und von den Muskelfasern der Knäuel- und Talgdrüsen ab.

In meinem Falle lassen sich keine Kontinuitäts- oder ursprüngliche Beziehungen zwischen den glatten Muskelfasern, welche den Tumor bilden, und denjenigen, welche den differenzierten Partien innerhalb der Geschwulstmasse oder dem unmittelbar angrenzenden Gewebe angehören, nachweisen. Wie im ersten Falle von MIGLIORINI besteht in dem meinigen eine bedeutende Unregelmäſsigkeit in der Anordnung der Elemente; dieselbe wird noch vermehrt durch eine Auflösung und beträchtliche Atypie der Gefäſswandungen. Als Ausdruck dieser Atypie haben wir das Bestehen von mit Blut angefüllten Hohlräumen. Zwischen den Muskelelementen der deformierten Gefäſse und denjenigen der Geschwulst läſst sich ebenfalls kein Zusammenhang erkennen. Gerade aus diesem Grunde halte ich diese Deformation für sekundär und aufgetreten nach der Entwicklung der Geschwulstmasse.

Unser Fall findet nur in dem von KRZYSZTALOWICZ neulich mitgeteilten ein Seitenstück. Mit diesem Autor glaube auch ich, daſs die kleinen Tumoren nicht vom glatten Muskelgewebe abstammen, das normalerweise in der Haut existiert; ich halte vielmehr dafür, daſs sie von Keimen abstammen, die, bereits vorgebildet, bei der Geburt in der Tiefe der Haut bestehen und dann nach der Geburt einen Anstoſs zu ihrer weiteren Entwicklung erfahren haben.

Gestützt auf die klinischen und histologischen Ergebnisse meines Falles, stelle ich mich denn auch ohne weiteres auf die Seite von UNNA, DARIER, KRZYSZTALOWICZ, welche für die Hautmyome eine kongenitale Abstammung annehmen, dieselben als heterotypisch auffassen, und halte dafür, daſs es sich bei diesen Gebilden um eine Isolierung von Zellengruppen während der embryonalen Bildung handelt.

Unser Fall liefert nun verschiedene Anhaltspunkte für eine solche Auffassungsweise. Letztere läſst sich aber auch auf alle anderen Fälle von Hautmyomen anwenden, wo die Neubildungen im vorgerückteren Alter aufgetreten sind und bei denen die Abstammung der Geschwulst aus den normalen glatten Muskelfasern der Haut klar liegt. Es ist nämlich sehr wohl möglich, daſs dieselben Zellengruppen enthalten, welche eine unbestimmte Zeit lang im embryonalen Zustande verweilen und dann unversehens und aus unerklärlichen Gründen in eine Periode des Wachstums und der definitiven Entwicklung eintreten.

Von allen den vorgeschlagenen Klassifikationen der Hautmyome scheint mir diejenige von NEUMANN die passendste, welcher sie in rein muskuläre und kavernöse Myome einteilt. Doch auch diese Einteilung ist meiner Meinung nach nicht eine vollständig richtige, besonders was die zweite Gruppe anbelangt. Wenn sich nämlich die Bezeichnung kavernöses Myom auch ganz passend auf eine Reihe von Fällen anwenden läſst, wo (wie z. B. in dem meinigen) die Gefäſse Erweiterungen bilden, die mit Blut angefüllt sind, so paſst sie andererseits doch nicht auf andere, bei denen das neugebildete Gewebe von den Gefäſswandungen abstammt, ohne daſs diese deshalb zur Bildung ausgedehnter lakunärer Deformationen führen.

Ich möchte also die erste Klasse der NEUMANNschen Einteilung, die reinen muskulären Myome, beibehalten, worunter alle Fälle zusammenzufassen wären, die ausschlieſslich aus Muskelgewebe bestehen, sei es nun, daſs dieses letztere aus einer Hyperplasie der normalen glatten Muskelfasern besteht oder aus dislozierten Keimen entstanden ist. An Stelle der kavernösen Myome würde ich die allgemeinere Bezeichnung „vaskuläre Myome“ vorschlagen und in diese Klasse würde ich die Angiomyome aufnehmen, bei denen die neugebildete Masse aus der Muscularis der Gefäſse abstammt, ferner die angio-kavernösen Myome, bei denen es zu beträchtlichen Gefäſsdilatationen kommt, welche in einem neugebildeten Muskelgewebe enthalten sind, dessen Herkunft eine verschiedene sein kann.

Ich schlage also folgende neue Einteilung vor:

I. Reines muskuläres Myom:
   a) infolge von Hyperplasie der glatten Muskelfasern der Cutis,
   b) aus aberrierenden embryonalen Keimen entstanden.

II. Vaskuläres Myom:
   a) Angiomyom, durch Proliferation der Muscularis der Gefäſse,
   b) Myoma angio-cavernosum, durch Verschmelzung einer Varietät des reinen kavernösen Myoms mit Gefäſsdilatationen und Bildung von Blutspalten.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

Literatur.

VIRCHOW, Über kavernöse (erektile) Geschwülste und Teleangiektasien. *Archiv f. pathol. Anatomie u. Physiol.* 1854. T. VIc, S. 553.

VERNEUIL, *Bullet. de la Société anatomique.* 1858. 2a serie, XXXIII année, S. 373.

FORSTER, Über die weichen Warzen und molluskenartigen Geschwülste der Haut. *Wien. med. Wochenschr.* 1858. VIII. Jahrg., S. 130.

CHALLAND, *Bullet. de la Société anatomique.* Juillet 1871. 5a serie, T. VI, S. 145—149.

MARCANO, *Bullet. de la Société anatomique.* 1873. 5a serie, T. VIII, S. 388.

BESNIER, Les Dermatomyomes (Fibromyomes, Liomyomes, ou myomes cutanés). *Ann. de Derm. et de Syphil.* 1880. 2. Serie, T. II, S. 25.

— Contribution à l'histoire des myomes cutanés. Dermatomyomes, Liomyomes de la peau. *Ann. de Derm. et de Syphil.* 1885. 2a serie, T. VI, S. 321.

Arnozan, Myomes à fibres lisses, multiples, confluents et isolés de la peau. *Ann. de Derm. et de Syphil.* 1881. 2a serie, T. II, S. 60.
V. Brigidi e G. Marcacci, Dei miomi cutanei. *Imparziale.* 30 settembre e 15 ottobre 1881.
Babes, Ziemssens *Handbuch der Hautkrankheiten.* Leipzig 1883. T. II, S. 499.
Jadassohn, Zur Kenntnis der multiplen Myome der Haut. *Virchows Archiv.* 1890. 121, 88.
Hess, Ein Fall von multiplen Dermatomyomen an der Nase. *Virchows Archiv.* 1890. 120, 321.
Lukasiewicz, Über multiple Dermatomyome. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1892. 33.
Wolters, Über multiple Myome der Haut. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1893. Ergänzungsheft II.
Unna, *Histopathologie der Haut.* Berlin 1894.
Neumann, Ein Fall von multiplen Dermatomyomen. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1897. Bd. XXXIX.
Crooker, Ein Fall von Myoma multiplex der Haut. *The Brit. Journ. of Derm.* Januar 1897.
Audry, Un cas de Lyomiomes de la peau. *Journ. d. mal. vénér. et syphil.* 1898.
Herzog, Ein Fall von Myoma der Haut. *Journ. of cut. a. gen.-ur. dis.* Nov. 1898.
Roberts, *Brit. Journ. of Derm.* 1900.
Marschalkó, Zur Kenntnis der multiplen Hautmyome. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1900. Bd. XXXI.
Darier, Tumeurs de la peau. *La pratique Dermatologique.* Paris 1904. T. IV, S. 642.
Migliorini, Fibromioma telangectode della pelle. *Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.* 1905. Nr. 1.
Krzysztalowicz, Ein Fall von Myoma cutis multiplex. *Przeglad lekarki.* 1905. Nr. 42 und *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1906. Bd. 42.
Nobl, Myomatotis cutis disseminata. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1906. Bd. 79, Heft 1.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Mai 1907.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Roscher demonstriert ein zweijähriges Kind mit ausgedehntem **Lichen skrophulosorum** und Narben von **Acne cacheticorum**. Die Affektion ist nach Scharlach entstanden und durch die histologische Untersuchung bestätigt worden.

2. Roscher demonstriert ein acht Monate altes Mädchen mit halbseitigen **Naevis** im Gesicht. Die Conjunctiva ist ebenfalls befallen, die Mundschleimhaut aber nicht.

3. Roscher demonstriert einen 61jährigen Gastwirt mit allgemeiner **Erythrodermie**, die durch starke diffuse Pigmentierung (wohl nach As-Gebrauch) zum Teil verdeckt ist. Am Rücken, an den Beinen treten auf der braunschwarzen Haut runde, weifse Flecke hervor. Die Erythrodermie wird als Erythrodermia praemycotica aufgefafst. Patient hat 20 Pfund abgenommen.

Diskussion: BAUM kennt den Fall von früher her und hat ihn mit Arsen behandelt. Damals stellte er sich als ein ausgebreitetes Ekzem vor, auf dem eine tumorartige Plaque entstand, so dafs auch B. die Affektion als Vorstadium der Mykosis fungoides auffafst. ARNDT schliefst alle anderen Erythrodermien aus. PINKUS weist auf die Häufigkeit der weifsen Flecke bei universellen Erythrodermien hin und geht auf ihre histologische Struktur ein. HELLER findet, dafs bei starken Pigmentationen oft derartige weifse Flecke hervortreten. LESSER und HOFFMANN deuten die weifsen Flecke als Residuen früherer Infiltrate.

4. FISCHEL demonstriert einen Fall von **Dermatitis herpetiformis**, der im Februar 1900 bereits (von O. ROSENTHAL) in der Gesellschaft gezeigt worden ist.

Diskussion: HOFFMANN neigt wegen des Aufschiefsens isolierter Blasen aus ganz intakter Haut und wegen der Ergriffenheit der Schleimhäute der Diagnose Pemphigus zu. Doch widerspricht dieser Anschauung ROSENTHAL.

5. FISCHEL demonstriert einen jungen Mann mit ausgedehnter Eruption **planer Warzen** an Gesicht und Kopf.

6. FISCHEL demonstriert einen jungen Mann mit **tuberösem Xanthom.** Es besteht weder Diabetes noch alimentäre Glykosurie, auch fehlt Ikterus. Die Xanthome sind dunkelbraun, die gelbe Farbe scheint nur bei einzelnen durch. Die mikroskopische Untersuchung ergibt Riesenzellen mit Fettgehalt und typische Xanthomzellen. Als Ursache der Braunfärbung finden sich starke Hämorrhagien.

Diskussion: ROSENTHAL empfiehlt Atoxylinjektionen, die er bei diabetischem Xanthom wirksam fand.

7. O. ROSENTHAL bespricht einen mit Arseninjektionen (in Sa. 0,5 g) geheilten Fall von **Psoriasis.** Derselbe Fall war beim vorigen Anfall ebenso behandelt worden und ein Jahr lang frei von Psoriasis geblieben.

8. O. ROSENTHAL empfiehlt als gutes und schnelles Heilmittel in einem Fall von **Psoriasis: Thiopinolbäder.** Thiopinolsalbe ist bei Acne faciei, Thiopinolsitzbäder bei weiblicher Blennorrhoe brauchbar.

Diskussion: HOLLSTEIN will das Mittel als wasserlöslichen Schwefel zu Kopfwässern brauchen. FRIEDLÄNDER hat bei Psoriasis gute Erfolge gesehen.

9. KROMAYER stellt eine Dame vor, die er wegen eines Randrezidivs nach HOLLÄNDERscher Lupusausbrennung 15 mal $^1/_4$—$^3/_4$ Stunde mit der **Quarzlampe** bestrahlt hat. Zurzeit ist von **Lupus** nichts zu sehen.

10. ARNDT demonstriert einen Mann mit **circumskripter Depigmentierung** nach Hautentzündung an den Beinen.

11. ARNDT demonstriert einen Mann mit **Purpura annularis teleangiektodes MAJOCCHI-BRANDWEINER.** Die Affektion ist nicht selten. Vortragender kennt fünf Fälle, alle Männer.

Diskussion: PINKUS hat die Affektion öfters gesehen und jahrelang beobachtet, aber es bisher nicht gewagt, sie mit der Purpura teleangiektodes annularis zu identifizieren.

12. BRUHNS zeigt anatomische Präparate einer **tötlich verlaufenen Quecksilberintoxikation** (nach zehn Inunktionen Dermatitis, Darmerscheinungen, Anurie, Herzschwäche, Tod). Temperatur nur 38—38,5°.

Diskussion: MANKIEWICZ macht darauf aufmerksam, dafs von Hg-Intoxikation oft schon vorher geschädigte Organe, z. B. der Darm, besonders schwer befallen werden. In ähnlichem Sinne äufsert sich ADLER. FRIEDLÄNDER sah einen tötlich verlaufenden Fall nach Einreibungen von 20 g Ungt. cinereum. Er hält bestehende Tuberkulose für gelegentliche Ursache besonderer Intoleranz gegen das Hg.

13. BRUHNS zeigt eine Photographie von **gürtelförmiger Vitiligo.**

14. Bruhns hält, unter Demonstration rektoskopischer Bilder, einen Vortrag über **Elephantiasis recti,** das Vorstadium der hochsitzenden Mastdarmstriktur. Er beschuldigt die Syphilis als ätiologisches Moment.

Diskussion: Rosenthal hält Blennorrhoe und Ulcus molle, namentlich beide kombiniert, für wichtige ursächliche Faktoren. Hoffmann und Pinkus sind mehr geneigt, die Blennorrhoe als Ursache der Elephantiasis und der Strikturen zu betrachten. Heller empfiehlt zur Behandlung Thiosinamininjektionen.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1907. Heft 2.

I. **Über die Beziehungen der Spirochaeta pallida zum Hautpigment syphilitischer Effloreszenzen,** von B. Lipschütz - Wien. L. hat an syphilitischen Effloreszenzen, die verschiedenen Stadien der Lues angehörten, die Pigmentveränderungen und das Verhältnis der Spirochaeta pallida zum Hautpigment eingehend studiert; er bediente sich dazu des Levaditischen Verfahrens der Silberimprägnierung, durch das allein sowohl Spirochäten wie Pigment klar und deutlich zur Darstellung gebracht werden. Aus den Ergebnissen seiner Untersuchungen leitet L. folgende Schlußfolgerungen ab:

1. Unter dem Einflusse der Spirochaeta pallida entstehen in syphilitischen Hauteffloreszenzen, und zwar schon in solchen, die auf der Höhe ihrer Entwicklung sich befinden, regelmäßig Pigmentalterationen, die auch dann mikroskopisch nachweisbar sind, wenn die bloße makroskopische Besichtigung noch keinerlei Anhaltspunkte dafür abgibt.

2. Diese Pigmentalterationen bestehen in einer „initialen“, geringgradigen Pigmenthypertrophie, die regelmäßig von einer Pigmentverminderung — von einer partiellen oder totalen Pigmentatrophie — gefolgt ist. Im Falle totaler Pigmentatrophie entsteht bleibendes Leukoderma, bei partieller Pigmentatrophie kommt es in der Mehrzahl der Fälle nach einiger Zeit zum physiologischen Pigmentausgleich oder zur Hyperpigmentierung.

3. Der ausgesprochene Antagonismus zwischen Spirochaeta pallida und Hautpigment stellt einen spezifisch biologischen Vorgang dar, der auf unmittelbarer Wirkung des Syphilisvirus bezw. eines von diesem gebildeten Giftes und nicht etwa auf dem entzündlichen Prozeß als solchem oder auf Mischinfektion und dadurch bedingter Eiterung (beispielsweise bei manchen breiten Kondylomen) beruht.

Wie L. in einem kurzen Nachtrag mitteilt, hat Hoffmann bei einem Affen, den er mit Reizserum eines menschlichen Primäraffektes geimpft hatte, nach Rückbildung der entstandenen Infiltrate völligen Pigmentschwund festgestellt; in den erkrankten Partien wurden im Ausstrich und Schnitt reichlich Spirochaetae pallidae gefunden. Es wird also wie bei Syphilis des Menschen auch bei der Affensyphilis durch den deletären Einfluß der Spirochaeta pallida Pigmentschwund bewirkt.

II. **Über Spirochätenerkrankungen,** von G. Scherber - Wien. Im Verein mit vibrioförmigen und fusiformen Bakterien bewirken gewisse Spirochätenarten lokale Krankheitsprozesse in der Genitalregion und in der Mundhöhle, die klinisch durch Bildung seichter oder tiefer Geschwüre mit stinkendem, nekrotisch - gangränösem

Belag, histologisch durch entzündliche und nekrotische Veränderungen charakterisiert sind. In der Genitalregion ist es vor allem der Präputialsack und Vulva und Vagina, wo Spirochäten zusammen mit vibrioförmigen Bakterien eine Entzündung, oberflächliche Erosionen oder tiefergreifende Geschwüre hervorrufen; man könnte diese spezifische Balanitis bezw. Vulvitis, die meist durch Coitus übertragen wird, als vierte geschlechtliche Infektionskrankheit bezeichnen. — In der Mundhöhle finden sich schon normalerweise vibrioförmige und fusiforme Bakterien und Spirochäten. Unter bestimmten Bedingungen, zuweilen schon bei mangelhafter Mundpflege, infolge anämisierender, den Organismus schwächender Krankheitsprozesse, bei Schädigung des Gewebes durch Quecksilber usw. können sie pathogen werden und heftige, durch übelriechenden Belag charakterisierte Gingivitiden, Periostitiden und Abscesse, Stomatitis ulceromembranacea, Noma oder Angina Vincenti verursachen. Die Hauptformen der im Munde vorkommenden Spirochäten sind 1. die Spirochaeta buccalis und 2. die Spirochaeta dentium.

Die durch Spirochäten hervorgerufenen Allgemeinerkrankungen sind die Syphilis, die Recurrens und die Framboesia tropica. Bei der letzteren will Castellani einen der Spirochaeta pallida recht ähnlichen Organismus gefunden haben; nähere Untersuchungen darüber fehlen noch. Zusammenfassend berichtet Sch. am Schlusse seiner Arbeit kurz über die bisherigen Ergebnisse der Forschungen über die Spirochaeta pallida und speziell über die Übertragung der Syphilis aufs Kaninchenauge. Diese ist auch Sch. vielfach geglückt; aufserdem erzielte er durch Überimpfung von Teilen eines Kaninchenauges mit experimentell erzeugter Keratitis parenchymatosa auf einen Affen (Rhesus) einen abortiven, aber klinisch deutlich genug ausgesprochenen Impfeffekt.

III. **Zur Histologie des Lichen ruber verrucosus,** von M. E. Polano - Haag (Holland). P. hat in einem Falle von Lichen ruber verrucosus exzidierte Hautstückchen histologisch untersucht und aufser verschiedenen Veränderungen, die schon von anderen Autoren hervorgehoben worden sind, systematisierte Lückenbildung im infiltrierten Corium und mannigfache atypische Karyokinesen in den Epithelzellen, Pigmentschwund in den hochgradig veränderten Epidermispartien und Pigmentstauung an der Corium-Epidermisgrenze gefunden.

IV. **Über einen mittels Uviolstrahlen behandelten Fall von Ichthyosis diffusa,** von Axmann - Erfurt. A. hat einen Fall von hochgradiger Ichthyosis totalis diffusa, bei dem alle anderen therapeutischen Mafsnahmen wirkungslos geblieben waren, durch Behandlung mit Uviolstrahlen zur Heilung gebracht. Auch in diesem Falle zeigte sich die von A. schon früher geschilderte Wirkung auf den Stoffwechsel. Nach den Sitzungen war die Temperatur bis um einen Grad niedriger, der Puls um 10—15 Schläge in der Minute langsamer und zudem voller; ferner trat regelmäfsig heftiges Hungergefühl auf. A. glaubt, dafs „die Heilwirkung in dem beschriebenen Falle, wie bei anderen Hautleiden, auf einer Umstimmung des betreffenden Organes durch Überernährung im Leydenschen Sinne beruht“.

V. **Intoxikationserscheinungen nach Anwendung von Schwefelzinkpaste,** von E. Hesse - Düsseldorf. Ein zwei Monate altes ekzematöses Kind reagierte auf wiederholte Applikation von Schwefelzinkpaste jedesmal mit Störungen des Allgemeinbefindens, Durchfall und Fieber, Erscheinungen, die als Vergiftungssymptome aufgefafst werden mufsten; eine lokale Reizung trat nicht auf; das Ekzem heilte sogar unter der Einwirkung des Schwefels, und je mehr es sich besserte, desto geringer wurden die Erscheinungen, die das Auftragen der Paste hervorrief. Anwendung von Thiol, Thigenol und Ichthyol verursachte keinerlei Störungen. — Hätte man die Schwefelzinkpaste nicht entfernt und das ganze Interesse dem kranken Darme zugewendet,

dann wären die Allgemeinerscheinungen sicher noch heftiger geworden und hätten vielleicht zum Tode geführt. Möglicherweise ist der eine oder andere Fall von Ekzemtod bei Kindern auf eine Schwefelintoxikation zurückzuführen.

Götz-München.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Jahrgang IV. Heft 3. 1907.

Entgegnung auf Dr. Grosses „Zur faktischen Berichtigung", von Blokusewski-Nd.-Breisig a. Rh. Ende einer sterilen Polemik.

Seelenkundliche Bemerkungen zum Prozesse Regina Riehl in Wien, von W. Hammer-Berlin. Bei diesem Prozesse handelte es sich um grobe Mifshandlungen, Freiheitsberaubung und Ausbeutung von Bordellmädchen seitens der Bordellwirtin. Das Geschäft war 20 Jahre lang unbehelligt fortgesetzt worden, da die Wirtin sich auf guten Fufs mit der Polizei zu stellen wufste und die Mädchen durch Drohungen und Gewalt einzuschüchtern verstand. Zur Beleuchtung des Kapitels von der Prostitution enthält der ausführliche Bericht reichlich Material, eignet sich aber nicht zum Referat an dieser Stelle.

Bericht über die Verhandlungen des Allgemeinen Fürsorge-Erziehungstages am 11. bis 14. Juni 1906 zu Breslau (Forts.), von W. Hammer-Berlin. Dieser Abschnitt enthält nichts Dermatologisches und nur wenig aus dem Gebiete der sexuellen Hygiene, handelt vielmehr ausführlich von den Schwierigkeiten, welche die Unterscheidung zwischen psychischer Minderwertigkeit und schlechter Anlage resp. Erziehungsmangel bei geistig gesunden Kindern darbietet. Die Redner C. Neisser und Tippel-Kaiserswerth fordern, der eine in dieser, der andere in jener Form, eine gröfsere Beteiligung psychiatrischer Fachärzte bei der Führung der Anstalten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1907. Band III. Heft 3.

Beitrag zum anatomischen und klinischen Studium der Prostatacarcinome, von B. Motz und F. Majewski-Krakau. Die zahlreichen Untersuchungen der Verfasser haben ergeben, dafs die wirkliche Gröfse einer carcinomatös erkrankten Prostata durch die klinische Untersuchung in sehr vielen Fällen nicht festgestellt werden kann, da häufig periprostatische Tumormassen mit der Vorsteherdrüse innig verwachsen sind. Bei der anatomischen Untersuchung zeigte sich in den meisten Fällen nur eine mäfsige Vergröfserung der Prostata; in einzelnen Fällen war das Volumen kleiner als in der Norm. Dafs sich viele Prostatacarcinome durch höckerige Oberfläche und brettharte Konsistenz an einzelnen Stellen auszeichnen, ist bekannt; oft genug aber fehlt jegliche Veränderung der Oberfläche und der Konsistenz, die klinische Diagnose ist dann sehr schwer, wenn nicht unmöglich. Übergreifen des Carcinoms auf die Pars posterior urethrae beobachteten die Verfasser in 27%, Übergreifen auf die Blase in etwa 78% der Fälle; die sekundäre Erkrankung der Blase ist also sehr häufig, und es erscheint zweifellos, dafs ein grofser Teil der infiltrierten Blasentumoren prostatischen Ursprungs ist. Die Samenblasen waren in der Mehrzahl der untersuchten Fälle miterkrankt, dagegen war das Rektum stets frei, eigentliche Metastasen wurden nicht sehr häufig gefunden.

Die Verfasser unterscheiden drei Arten von Prostatacarcinomen: das alveoläre Carcinom ohne Drüsenneubildung, das Adenocarcinom mit geringer und das Adeno-

epitheliom mit starker Drüsenneubildung. Bei der alveolären Form entstehen rings um die Krebsherde breite Zonen fibrösen Gewebes, wodurch die höckerige Beschaffenheit der Oberfläche und die harte Konsistenz einzelner Partien bedingt wird. Diese Neubildung fibrösen Gewebes fehlt bei den ganz langsam und unmerklich sich entwickelnden Adenoepitheliomen; ihre Oberfläche und Konsistenz bleibt daher normal, und ihre klinische Diagnose ist infolge dessen sehr schwer. — Sehr häufig fanden die Verfasser das periprostatische Gewebe carcinomatös erkrankt und die Geschwulstmassen, besonders rings um Nervenbündel lokalisiert; diese Beobachtung erklärt die Häufigkeit schwerer Neuralgien bei Prostatacarcinomen. Umgekehrt beweist das Auftreten von Nervenschmerzen, von Lumbago, Ischias usw. bei Prostatacarcinomen, daſs der Prozeſs bereits über die Prostata hinausgegriffen hat, und daſs daher eine Radikaloperation nicht mehr möglich ist. Das ist um so bedauerlicher, als die Neuralgien nicht selten das erste Krankheitssymptom bilden. In anderen Fällen treten zuerst spontane Hämaturien auf; sie beweisen, daſs bereits die Schleimhaut der Harnröhre oder Blase erkrankt ist, und daſs von einem operativen Eingreifen nicht mehr die Rede sein kann. In den meisten Fällen äuſsert sich das Prostatacarcinom zuerst durch Dysurie, die aber keinerlei charakteristische Merkmale erkennen läſst.

Über die Dauer der Erkrankung kann Bestimmtes nicht gesagt werden; in den von den Verfassern beobachteten Fällen vergingen zwischen dem Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen und dem Exitus im Mittel etwa sechs Monate, in vier Fällen zeigten sich die ersten Symptome drei Monate, in einem Falle zehn Jahre vor dem Tode. Eine frühzeitige oder besser rechtzeitige Diagnose ist in der Mehrzahl der Fälle bis jetzt wenigstens nicht möglich; die Resultate der operativen Behandlung sind daher auch noch durchaus unerfreuliche; eine definitive Heilung ist bisher noch niemals erzielt worden.

Heft 4.

1. **Vergleich der Resultate bei perinealer und bei suprapubischer Prostatektomie,** von Alf. Pousson-Bordeaux. Die suprapubische Prostatektomie verdient nach den Erfahrungen P.s den Vorzug vor der perinealen, weil sie keine Gelegenheit zu Verletzungen des Rektums und des Harnröhrenbulbus bietet, weil sie eine leichtere, raschere und vollständigere Entfernung der Prostata ermöglicht, ohne daſs die Drüse zerstückelt werden muſs, und weil sie, namentlich bei fettleibigen Personen, technisch einfacher ist. Postoperative Blutungen, die nach Ansicht mancher Chirurgen bei der transvesikalen Prostatektomie drohen, lassen sich durch exakte Blutstillung vermeiden. Genügende und tadellos funktionierende Drainage der Blase kann bei der suprapubischen Methode ebenso gut, vollständige Asepsis viel besser und sicherer durchgeführt werden als bei der perinealen. Endlich ist der Verlauf bei der transvesikalen Operation gewöhnlich rascher als bei der perinealen; die Heilung erforderte bei den perinealen Prostatektomien P.s durchschnittlich 5,4 Wochen, bei seinen transvesikalen nur 4,2 Wochen, eine Differenz, die wohl in Betracht kommt, da es sich doch zumeist um betagte Leute handelt.

Was die Technik anbelangt, so inzidiert P. die Blasenschleimhaut über der Prostata in möglichst groſser Ausdehnung und beleuchtet das Blaseninnere durch eine an einem Wundhaken angebrachte elektrische Lampe; Haken und Lampe werden erst entfernt, wenn die Ausschälung der Prostata beginnt, werden aber, wenn diese vollendet ist, zur Vornahme der Blutstillung wieder eingeführt. Zur Drainage der Blase empfiehlt P. eine modifizierte Freyersche Röhre, durch welche der Harn nicht mehr in den Verband hinein-, sondern in ein Gefäſs abgeleitet wird; der Verband bleibt infolgedessen trocken und kann meist fünf bis sechs Tage belassen werden. Nach

fünf bis sechs Tagen wird auch die Röhre entfernt und dafür ein Verweilkatheter — am besten ein dicker elastischer Katheter mit gekrümmtem Schnabel — eingeführt.

2. **Diagnose der Blennorrhoe während der Inkubationszeit mittelst Kultur auf Blutagar,** von V. Griffon. Durch Kultivierung des Gonococcus auf Blutagar kann eine blennorrhoische Infektion der Harnröhrenschleimhaut noch während der Inkubationszeit, also vor Beginn der eitrigen Sekretion, verhältnismäfsig rasch festgestellt werden. Man überträgt mittelst Platinöse eine minimale Menge der in der Fossa navicularis vorhandenen „Harnröhrenfeuchtigkeit" auf ein mit Blutagar beschicktes Röhrchen, das im Brütschrank einer Temperatur von 37° ausgesetzt wird. Liegt eine blennorrhoische Infektion vor, dann sieht man schon nach 15—16 Stunden zahlreiche rundliche, flache, glänzende, durchsichtige oder weifs oder grauweifs gefärbte Gonokokkenkolonien. Kein anderer der in der Urethra vorkommenden Mikrobien bildet in der gleich kurzen Zeit so reichliche Kolonien. Es kann also schon makroskopisch die Diagnose gestellt werden, doch wird man natürlich auch mikroskopisch untersuchen.

3. **Ein interessanter Fall von Prostatacarcinom,** von Rochet- und Thévenot-Lyon. Mitteilung über einen Fall von Prostatacarcinom mit Abscefsbildung inmitten des Neoplasmas. Durch die auf perinealem Wege vorgenommene Prostatektomie liefsen sich die Harnbeschwerden vollständig und dauernd beseitigen; bei der Operation wurde die Rektalwand durchbohrt, die aufs sorgfältigste angelegte Naht hielt einige Monate, dann aber entstand eine Harnröhrenmastdarmfistel. Ein Jahr nach der Operation ging der Mann unter den Erscheinungen eines chronischen Darmverschlusses zu Grunde. Bei der Sektion fand sich eine sehr starke carcinomatöse Schwellung der Lymphdrüsen des Abdomens, Dilatation der Nierenbecken und der Ureteren und carcinomatöse Infiltration der Blasenschleimhaut besonders in der Umgebung der Ureteren; die durch die Entfernung der Prostata entstandenen Höhle war ausgefüllt von carcinomatösem Gewebe, das auf Rektum und Ureteren eine starke Kompression ausübte.

4. **Ein interessanter Fall von Blasendivertikel,** von Moran-Brest. Beschreibung eines Falles von Divertikelbildung an der vorderen Blasenwand. Der Sack, der einen ziemlich grofsen Phosphatstein enthielt und gröfser war als die eigentliche Blase, ragte unterhalb der Bauchwand etwa 12 cm weit über das Schambein empor, sein Fundus war mit den benachbarten Organen verwachsen. M. fixierte den Divertikel mit einigen Nähten an der Bauchwand, liefs Bauch- und Blasenwunde weit offen und legte einen Verweilkatheter ein; nach acht Tagen wurde ein Teil des angenähten Sackes brandig, die gangränösen Partien stiefsen sich jedoch unter Spülungen mit Wasserstoffsuperoxydlösung alsbald ab, und es erfolgte, allerdings recht langsam, Heilung. Das Resultat befriedigte vollauf: die Beschwerden verloren sich ganz, die Kapazität der Blase wurde wesentlich gröfser.

5. **Narbige Verengerung der Pars bulbosa urethrae,** von Gröll-Grenoble. Gr. konstatierte bei einem 61jährigen Manne eine hochgradige, ausgedehnte Verengerung im Harnröhrenbulbus; die Striktur war zum Teil blennorrhoischer Natur, zum Teil war sie durch einen vor zehn Jahren erfolgten Fall auf die Darmgegend und durch Narbenbildung nach zwei vor sechs und zwei Jahren vorgenommenen Urethrotomiae externae bedingt. Da der Versuch, die Striktur durch eine Dilatationskur zu erweitern, mifslang, spritzte Gr. wiederholt 15%ige alkoholische Thiosinamin- und 10%ige Glycerin-Thiosinaminlösung in die Harnröhre ein; der Erfolg war gleich Null. Aber auch Injektion der beiden Lösungen in das Narbengewebe selbst brachte keine Erweiterung zustande; allerdings wurden vielleicht diese Injektionen nicht lange genug gemacht. Sowohl in die Harnröhre eingespritzt, wie interstitiell injiziert

verursachte die alkoholische Lösung Schmerzen. — Gr. will Versuche mit Thiosinamin in geeigneteren Fällen, namentlich bei rein blennorrhoischen Verengerungen wiederholen.

6. **Einklemmung von Uretersteinen in der Pars prostatica urethrae,** von E. D'Haenens-Antwerpen. Bei einem 58jährigen Manne kam es im Laufe eines halben Jahres zweimal zu völligem Verschlufs der Harnröhre durch Einklemmung eines Steines. Das erste Mal konnte der Stein ziemlich leicht durch einen eingeführten Katheter in die Blase zurückgeschoben werden; er ging dann am nächsten Tage spontan mit dem Urin ab. Das zweite Mal war es unmöglich, den Stein freizumachen, nur mit grofser Mühe gelang es, an ihm vorbei ein fadenförmiges Bougie einzuführen. Das Bougie blieb als Verweilbougie liegen, wurde aber am folgenden Tage herausgeschleudert, gleichzeitig wurde auch der Stein und eine grofse Harnmenge entleert. Beide Steine waren reine Uralsteine. *Götz-München.*

Annales des maladies vénériennes.

Band II. Heft 4. April 1907.

I. **Kritische Studie über den Präventivwert des Jodkaliums bei der Behandlung der Syphilis,** von A. Renault-Paris. Die Erfahrung lehrt, dafs zu kurzdauernde und zu schwache Quecksilberkuren keine Garantie für das Verschwinden der Syphilis bilden, und dafs der frühzeitige Gebrauch von Jodkalium nur sehr geringen Wert hat. Vor allem ist das Jod, auch in grofsen Mengen und oft gegeben, nicht imstande, das spätere Auftreten von tertiären Erscheinungen zu verhindern, wie Verfasser an zwölf Fällen seiner Praxis deutlich zeigt. Zwar schwinden die Symptome zuweilen unter dem Einflusse des Jodkaliums, aber sie erscheinen bald wieder, wenn das Mittel ausgesetzt wird. Das Jod wird eben sehr schnell wieder ausgeschieden. Am wirksamsten ist das Jod gegen tertiäre Erscheinungen, syphilitische Neubildungen wie Gummen und Exostosen. Prophylaktisch hingegen wirkt nur das Quecksilber in Form der chronisch-intermittierenden Kuren nach Fournier, wie es heute am meisten verwendet wird. Auch hat das Jod für den Magen und die Haut manche Unbequemlichkeiten, wie Erbrechen, Jodakne, Beulen, Blasen, Furunkel, welche häfsliche Narben hinterlassen können.

II. **Über eine atypische, geradlinige Form der Spirochaeta pallida. Über Mikobienembolien bei der Syphilis und ihre Rolle bei der Bildung von Gummata,** von Ch. Fouquet-Paris. Schon von mehreren Seiten wurde festgestellt, dafs es abweichende Formen von der typischen Spirochaeta pallida gibt, entweder sind die spiraligen Windungen unregulär oder sogar zuweilen geradlinig und zuweilen bilden sie förmliche Ketten. Jacquet und Sézary betrachten dieselben als Degenerationsarten. Andere Forscher beobachteten bei tertiären Luesfällen, dafs die eine Hälfte der Spirochäte noch die Spiralform hatte, die andere aber absolut geradlinig war. Ähnliches sah auch Verfasser besonders bei einem Falle von hereditärer Lues. Es spricht dieses für die Polymorphie der Spirochaeta pallida, zuerst ist sie gewunden, später mehr geradlinig.

III. **Über Hermophenylinjektionen bei der Syphilisbehandlung,** von H. Moutot und Petitjean-Lyon. Nachdem Verfasser sich über die Vorteile und Nachteile von Einspritzungen löslicher und unlöslicher Salze ausgesprochen haben, ohne wesentlich Neues zu bringen, berichten sie über die Resultate, welche P. Nicolas, ihr Chef mit Hermophenylinjektionen und Hydrargyrum bijodatum erzielte. Erstere wurden am meisten angewendet und waren denen mit Hydrargyrum bijodatum mindestens gleichwertig, wenn nicht überlegen. Das Hermophenyl ist kein neuer Körper, es ist

eine organo-metallische Komposition, löslich in Wasser und enthält 40% Quecksilber. Die Arbeit stützt sich auf 49 Beobachtungen und zwar 37 Männer und 12 Frauen aller Stadien der Syphilis. Die Beobachtungen umfassen einen Zeitraum von acht Monaten, die Patienten wurden ausschliefslich mit Hermophenylinjektionen behandelt und zwar zweimal wöchentlich mit einer Spritze, etwa zehn Injektionen nach der Reihe. Die Dosis wechselte von 0,06—0,20 g Hermophenyl. Es folgen die 49 Krankengeschichten, welche die Vorgänge illustrieren. Auf die Primäraffekte hatten die Injektionen heilenden Wert, auch schwanden die Infiltrationen schnell, ebenso zeigte sich die gute Wirkung bei sekundärer Syphilis, alle Erscheinungen schwanden prompt, auch die der Schleimhäute, und die Kondylome wurden glatt geheilt, Iritis schwand in zwei Fällen schon nach einer Einspritzung. Von den zwölf Fällen tertiärer Syphilis wurden elf mit Erfolg behandelt, bei einem versagte das Hermophenyl, bei fünf Fällen wurde gemischte Behandlung angewendet, bei den anderen nur Hermophenyl, welches sich also auch bei Tertiärsyphilis als brauchbar zeigte. (Fortsetzung folgt.)

Bernhard Schulze-Kiel.

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. VII, Nr. 5.

Enthält keine Originalien.

Bd. VII, Nr. 6.

Eine neue Formel für Oleum griseum, von QUEYRAT-Paris. Verfasser hatte gefunden, dafs es oft schwierig ist, bei dem nach dem gewöhnlichen Rezept bereiteten grauen Öl eine gleichmäfsige Verteilung des Hg zu erzielen. Er verwendet deshalb ein besonders bereitetes Vaselinöl (Naphthinöl), welches eine stets gleichbleibende Dichtigkeit besitzt, und läfst das Präparat nach folgendem Rezept herstellen: R. Hydrarg. purificat. 40,0, Lanolin anhydric. sterilisat. 13,50, Oleo naphthin. 46,50. Diese Mischung ist bei 15° flüssig und braucht für gewöhnlich vor dem Gebrauch nur ein wenig geschüttelt zu werden.

Entspricht die Darreichung des Jods den mit seiner Anwendung verknüpften Nachteilen? von der Redaktion. Die gelegentlich beobachteten bis zur Erstickung führenden Anschwellungen der Kehlkopfschleimhaut ebenso wie die Augenaffektionen (wohl stets durch die gleichzeitige Anwendung von Jod und Hg-Salzen bedingt) und die weniger bedeutenden bekannten Störungen berechtigen nicht zur Proskribierung des Jods. Man erinnere sich aber, dafs die Jodpräparate nicht ganz selten mit schädlichen Beimischungen verunreinigt sind.

Bd. VII, Nr. 7.

Enthält keine Originalien. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Über Formaminttabletten, von SEIFERT-Würzburg. (*Pharmakolog. u. therapeut. Rundsch.* 1905. Nr. 14.) Empfehlung der Formaminttabletten, die sich im speziellen in erster Linie zur Behandlung infektiöser Hauterkrankungen eignen, wo sie wegen ihrer Doppelwirkung innerlich auf den Gesamtorganismus und lokal als Ersatz des-

infizierender Gurgelwässer bei ihrer hohen bakteriziden Fähigkeit ein hervorragend therapeutisches Präparat darstellen; sehr gut bewähren sich die Tabletten bei kleinen Kindern, die noch nicht gurgeln können.

Außerordentlich angenehm seien die Tabletten als Prophylaktikum namentlich bei schulpflichtigen Kindern, besonders zur Zeit einer herrschenden Epidemie. Auf der Abteilung für Syphiliskranke in Würzburg läßt Verfasser seit einigen Monaten die Patienten, die eine Quecksilberkur gebrauchen, sowohl die einfachen Tabletten als die doppelt starken Formaminttabletten als Prophylaktikum gegen eventuelle Stomatitis mit recht gutem Erfolge nehmen. Auf die bereits zur Erscheinung gelangte Stomatitis mercurialis haben die Tabletten keinen Einfluß.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Ein Fall von hochgradiger Idiosynkrasie gegenüber der Einreibungskur, von Siegfried Suchy-Nagykanizsa. (*Wien. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 2.) Es bestand absolute Idiosynkrasie gegen äußere Applikation von Merkur, dagegen wurden Pillen von Hydrargyrum oxydulatum tannicum tadellos vertragen und bewirkten schnellen Rückgang der syphilitischen Erscheinungen, wie dieses schon öfters beobachtet worden ist. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die endermatische Anwendung des Unguentum Hydrargyri cinereum, von A. Stengzel-Wien. Den an die endermatische Applikation der grauen Salbe theoretisch zu stellenden Anforderungen entspricht keine der bisher geübten Anwendungsarten derselben vollkommen: die Schmierkur nicht, weil sie die Permeabilität der Haut für Quecksilbergase etwas herabzusetzen scheint; die Methode der Quecksilbersäckchen nicht, weil sie die Verdunstungsfläche der grauen Salbe der Haut nicht so unmittelbar nahe zu bringen vermag wie die Schmierkur. Im allgemeinen aber sind beide Methoden den Eigentümlichkeiten der grauen Salbe sehr gut angepaßt und daher, jede nach ihrer Art, vorzüglich geeignet, die Heilwirkung der Salbe auf endermatischem Wege zur Entfaltung zu bringen. Die Schmierkur und die Säckchenmethode beeinflussen die Syphilis auf zweifache Art, und zwar durch die lokale Wirkung der grauen Salbe am Orte der Applikation einerseits und die dieser nach wenigen Tagen nachfolgende, durch die Verteilung des resorbierten Quecksilbers im Körper bedingte allgemeine Hg-Wirkung andererseits. Da bei der Schmierkur die ganze Haut des Stammes und der Gliedmaßen mit Salbe bedeckt wird, die Säckchen aber nur die Brust- und Bauchhaut, bei Anwendung von Doppelsäckchen aber nur diese und die Haut des Rückens bedecken, so folgt daraus, daß bei der Schmierkur alle auf der äußeren Haut lokalisierten, bei der Welanderschen Behandlung aber nur die auf der Brust- und Bauchhaut resp. der Haut des Stammes lokalisierten Syphilide dieser zweifachen, lokalen und allgemeinen Hg-Wirkung unterworfen sind. Dieser Umstand dürfte die Überlegenheit der Schmierkur gegenüber der Welanderschen Säckchenmethode erklären. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Gebrauch von Quecksilber und Durchlässigkeit der Nieren, von Bousquet-Montpellier. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 2.) Beschreibung eines Falles von Quecksilberintoxikation bei einer 56jährigen Frau mit chronischer Nephritis nach einmaligem Gebrauch von 0,6 Kalomel. *Götz-München.*

Über schmerzlose Injektion löslicher Quecksilbersalze, von Teodor Mayer. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 41.) Verfasser prüfte die gegenwärtig an Stelle des Kokains verwendeten minder giftigen Ersatzstoffe auf ihre Anästhesierungsfähigkeit in Kombination mit löslichen Quecksilberverbindungen. Da das meistgebrauchte Sublimat mit fast allen der in Frage kommenden Stoffe keine haltbaren Lösungen liefert, hat Verfasser zum Ausgangspunkt seiner Untersuchungen das Sublamin (Friedländer) gewählt. Entsprechend den 1%igen bezw. 2%igen

Sublimatlösungen, verwendete Verfasser 1,7%ige bezw. 3,4%ige Lösungen von Sublamin. Von den herangezogenen Anästheticis (Stovain, Aloin, Alypin, Novokain) eignete sich am besten das Novokain-Höchst (1,5%iger bezw. 1%iger Zusatz). Die mit dieser Kombination erzielten Resultate waren nicht unbefriedigend. — Sehr gut waren die Resultate mit der von Hirsch empfohlenen Kombination von Hydrargyrum oxycyanatum und Aloin. Da aber diese Kombination nur mittels eines besonderen Verfahrens hergestellt werden kann, was die apothekenmäfsige Zubereitung ausschliefst, versuchte Verfasser eine leichter herstellbare Komposition zu finden. Es gelang ihm dies durch Heranziehung des ohnehin etwas quecksilberreicheren Hydrargyrum cyanatum, welches in Gegenwart kleiner Mengen von Borsäure und bei Verwendung frisch destillierten Wassers mit Akoin klare und beständige Lösungen liefert. Folgende Formel hat sich als beste bewährt:

I. *Hydrargyri cyanati*	1,0	
Solve leni calore in Aq. rec. dest cont. acidi borici 1%	30,0	refrigera
II. *Acoini (von Heyden)*	0,4	
Solve in Aq. dest. frig. cont. acidi borici 1%	70,0	

M. D. in vitro fusco. S. 2 bezw. 1 ccm zu injizieren.

Die damit bis jetzt gemachten Injektionen (rund 900) ergaben sehr günstige Resultate. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Hydrargyrum praecipitatum album multiforme, von H. Vörner-Leipzig. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 10.) Das offizinelle Unguentum hydrargyri praecipitatum album wird bekanntlich durch Verreiben des getrockneten Niederschlages mit der Salbengrundlage hergestellt. Verfasser hat gefunden, dafs dieses Trocknen durchaus nicht nötig ist, vielmehr eine wirksamere und zugleich weniger irritierende Salbe erzielt wird, wenn man den noch feuchten, breiigen (multiformen) Niederschlag mit der Salbenbasis, vorzugsweise Vaselinum album verrührt. Er hat bei Psoriasiskranken wiederholt die so hergestellte Salbe mit bestem Erfolg verwendet und dieselbe auch statt Unguentum cinereum bei Schmierkuren (3,9 g einer 30%igen Salbe pro die) verordnet. Desgleichen sei das Austrocknen des Hg-Salzes bei Herstellung der gelben Pagenstecherschen Augensalbe zum wenigsten entbehrlich.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Hg-Stomatitis, von Maurice Letulle. (*Presse med.* 1907. Nr. 22.) Nichts Neues. *Schucht-Danzig.*

Ichthyolbäder bei der Behandlung von Hautkrankheiten, von Ch. du Bois. (*Rev. méd. de la Suisse rom.* 1905. Nr. 6.) Behandelt wurden: Scabies, am vorteilhaftesten diejenigen der Kinder, mit besonders gutem Erfolge infektiöse Prozesse der gesamten Haut auf Strepto- und Staphylokokkeninfektion beruhend, die verschiedenen Pruritusarten, der Pruritus senilis, dann namentlich die sogenannten trockenen und feuchten Dermatosen, als Pityriasis, Psoriasis und die mannigfach wechselnden Ekzemarten.

Für ein gewöhnliches Bad genügen 250—300 g Ichthyol (Nat. sulfichthyolic.), die man einfach in das Bad giefst; sie lösen und verteilen sich sehr prompt und gut. Gröfsere Dosen anzuwenden hat für gewöhnlich keinen Zweck, nur bei der Behandlung von blennorrhoischem Rheumatismus empfiehlt es sich, 500—600 g, also die doppelte Dosis zu verwenden.

Die Kranken gewöhnen sich rasch an die Bäder, es kostet sie keine Überwindung, vier bis sechs Stunden darin zu verweilen; die Dauerbäder ergaben die besten Resultate. „Der allgemeinen Einführung dieser Behandlungsart steht der hohe Preis des Mittels im Wege, in der Spitalpraxis sollte und kann sie überall angewendet werden." *Arthur Rahn-Dresden.*

Weitere Mitteilungen über „Jothion“, von Emil Schindler-Prag. (*Heilkunde.* IX. Jahrg. 10. Heft. Okt. 1905.) Sch. hat sich auch bei der weiteren Anwendung das Jothion vortrefflich bewährt, und er fand vollständig bestätigt, daſs bei keinem in gleicher Weise percutan applizierten Jodpräparat so groſse Mengen Jods absorbiert werden. Als Nebenerscheinungen beobachtete er immerhin Reizerscheinungen der Haut und Brennen, zweimal auch Jodakne. Er verwendet daher nicht mehr reines Jothion, sondern gemischt mit Vaselin und Lanolin zu gleichen Teilen: Jothion 50,0, Lanolin, Vaselin aa 25,0, M. fi. ung. div. in dos. Nr. X D oder charit. cerat. In geeigneten Fällen wird die Inunktionskur mit Jothion und Quecksilber kombiniert. Bei tertiärer Lues, wo nebenbei noch 5%ige Sublimatinjektionen gegeben wurden, hat das Mittel beinahe stets prompt gewirkt. Bei blennorrhoischer Epididymitis, wo 5—10%ige Jothionsalbe nach Ablauf der akuten Erscheinungen in Anwendung kam, war der Erfolg ebenfalls ein sehr guter, und schlieſslich auch als 5%ige alkoholische Jothionlösung und 5%ige Lanolin-Vaselinsalbe bei parasitären Hauterkrankungen (Sykosis parasitaria, Trichophytie). Der hohe Preis des Mittels resp. der zur nötigen Medikation erforderlichen Mengen wird aber wohl den Praktiker von seiner ständigen Anwendung in Form der Inunktionskur bei Lues abhalten. *Stern-München.*

Über das Sajodin, von Th. Mayer. (*New York. Monatsschr.* 1906. Nr. 9.) Artikel enthält Berichte über zahlreiche Fälle, bei denen, fast ausnahmslos mit gutem Erfolg, das Sajodin bei tertiärer Syphilis verwendet wurde, ohne Auftreten von Nebenerscheinungen. *Carl Schramm-Dortmund.*

Jodismus nach Sajodin, von M. Sussmann-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* 1907. Heft 3.) Ein 55jähriger Mann mit Arteriosklerose erhielt zuerst Jodkalium, dann Jodalbazid, Jodipin, dann schlieſslich Jodnatrium 10:200, alle zwei Tage einen Eſslöffel. Die letztere Lösung wurde gut vertragen. Verfasser wollte nun einen Versuch mit Sajodin machen. Dieses verursachte sofort Magendrücken und leichten Jodismus, so daſs er schnell wieder zur Jodnatriumlösung zurückkehrte. Der Fall zeigt, daſs der in der Ankündigung für Sajodin genommene Ausdruck „ruft keinen Jodismus hervor und keine sonstigen unangenehmen Nebenwirkungen“ nicht immer paſst, was ja auch bei einem Jodpräparat selbstverständlich ist. Im ganzen ist Sajodin aber ein durchaus brauchbares Präparat. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Erfahrungen über Jodfersanpastillen, von Victor Herling-Wien. (*Klin.-ther. Wochenschr.* 1907. Nr. 9.) Jodfersan ist eine Kombination von Fersan und Jodkalium, die daraus angefertigten Pastillen (für Erwachsene enthält jede Pastille 0,05 Jodkalium und 0,2 Fersan, für Kinder 0,02 Jodkalium und 0,25 Fersan) sind mit Kakao überzogen und werden gern genommen. Verfasser verwandte diese bei Lues im Anschlusse an durchgemachte Quecksilberkuren, wenn Quecksilber nicht vertragen wurde, und bei Lues gummosa, und zwar gab er drei bis sechs Pastillen täglich. Das Jodkalium entfaltet in dieser Kombination eine kräftigere Wirkung, überhaupt war der Versuch durchaus befriedigend. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Bemerkungen zur praktischen Anwendung des Isoforms, von B. Heile-Wiesbaden. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 35.) Das Isoform ist ein starkes Antiseptikum, das auch in eiweiſshaltigen Medien seine Wirkung entfaltet, auch ist es ungiftig. Es hat einen sehr schwachen, anisähnlichen Geruch und erzeugt keine Dermatitis. Unverdünnt ist es kein Wundstreupulver für jede Wunde und besser in Mischungen, Salben, Suspensionen, Gaze brauchbar. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Monotal, ein neues Guajakolderivat, von Impens-Elberfeld. (*Ther. Monatsh.* 1907. Nr. 2.) Das Monotal, Äthylglykolsäureester des Guajakol, gestattet die Verwertung der analgetischen Eigenschaften des Guajakols auf einfache, Nebenwirkungen ausschlieſsende Art, es ist farbloses Öl von schwach aromatischem Geruch,

es ist durch die Haut resorptionsfähig, und die anästhesierende Wirkung des Guajakols bleibt nach Monotalpinselung nicht aus. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Monotal, ein neues externes Antiphlogistikum und Analgetikum, von A. Hecht-Beuthen O.-S. (*Heilkunde.* XI. 1.) Das Monotal ist eine weifse, leicht (bei 31° C.) schmelzende Kristallmasse, seiner chemischen Zusammensetzung nach ein Äthylglykolsäureester des Guajakols. Beim Einreiben auf die Haut zerfliefst es zu einem farblosen, schwach aromatisch riechenden Öl. Es reizt nicht, wenn man bei Erwachsenen auf Brust oder Rücken ein- bis zweimal 4—5 g einreibt, und in den der Einreibung folgenden Tagen werden etwa 8% des in dem Präparate enthaltenen Guajakols resorbiert. Verfasser berichtet über gute Erfolge, welche er mit dem Mittel bei Erysipel gehabt hat. Auch bei Epididymitis blennorrhoica, sowie bei einigen inneren Erkrankungen war die Wirkung eine erfreuliche. Üble Nebenwirkungen sollen niemals eingetreten sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Novargan, von Schleisick-Leipzig. (*Therap. Neuheiten.* 1907. Nr. 2.) In der Frauenklinik von Beckmann-Leipzig wird folgende Therapie bei Cervixkatarrhen (blennorrhoischen und nicht blennorrhoischen) angewendet: Die Portio wird von allem anhaftenden Sekret gereinigt und dann der Cervikelkanal mit einer in 5%iger Novarganlösung getränkten kleinen Watteflocke austamponiert. Die Erfolge sind nach dem Bericht recht gute. *Carl Schramm-Dortmund.*

Über Opsonine und die Behandlung durch bakterielle Vaccine, von T. L. Bunch-London, (*Lancet.* 19. Jan. 1907.) Die Bestimmung der Opsonine im Blute tuberkulöser Patienten hat sowohl eine prognostische als auch eine therapeutische Bedeutung. Nach Beobachtungen von Bullock an gesunden Studenten und an Pflegeschwestern schwankt der Index der Tuberkelopsonine bei normalen Individuen zwischen 0,8 und 1,2. Bei phthisischen Patienten kann die Zahl um 50% niedriger und bis zu 100% höher sein. Daneben können Schwankungen im Opsoninindex gegenüber Streptokokken, Staphylokokken oder Pneumokokken bestehen. Eine Herabsetzung des Tuberkelopsonin-Index bedeutet im allgemeinen eine abnorme Empfänglichkeit, eine verminderte Resistenzfähigkeit dem Tuberkelvirus gegenüber, während ein höherer Index darauf hindeutet, dafs eine Infektion schon stattgefunden hat. Bei Behandlung von Patienten mittels antibakterieller Vaccine findet man durchweg nach der Injektion, dafs eine Herabsetzung der organischen Resistenz des Behandelten während einer längeren oder kürzeren Zeit Platz greift. Auf diese negative Periode folgt aber alsbald die positive Phase, der Zustand des erhöhten Opsonineinwirkens. Erst wenn diese Steigerung anfängt abzuflauen, ist die Wiederholung der Injektion angezeigt. Unter Berücksichtigung dieser Verhältnisse hat B. mit Kochschem Tuberkulin TR. einen Fall von Lupus und zwei Fälle von tuberkulösen Gelenkaffektionen behandelt und glaubt den Verlauf der übrigen chirurgischen Behandlung damit wesentlich günstiger gestaltet zu haben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Anwendung des Perhydrols, von R. Bierer-Lemberg. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1906. Nr. 49.) Das Wasserstoffsuperoxyd in einer 30%igen Konzentration ist schon vielfach unter dem Namen Perhydrol empfohlen worden. B. benutzt es bei Gangrän, Primärsyphiliden und phagedänischem Schanker als Kauterisationsmittel. Oberflächliche Abscesse entleert er durch Einstechen der mit verdünnter (12 Vol.-%ig) Lösung gefüllten (ca. 10 ccm haltenden) Spritze an zwei Stellen der Abscefswand und Injektion des Spritzeninhalts in die Abscefshöhle, wobei der Eiter zu den feinen Einstichöffnungen hinausgetrieben wird. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Phenyform, von M. Brenning. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1906. Nr. 43.) Verfasser versuchte, das Phenyform in weit über 100 Fällen von operierten Bubonen und weichen Schankern statt Jodoform zu verwenden. Die Granulationsbildung war

in vielen Fällen eine auffallend schnelle und günstige, aber nach längerem Gebrauche des Mittels schien die günstige Anfangswirkung still zu stehen, so dafs man zu Jodoform wieder greifen mufste. Ferner beobachtete Verfasser in manchen Fällen, dafs die Granulationen eine grauweifse Verfärbung annehmen, als ob sie mit Karbolsäure angeätzt worden wären. — In einem Falle schien die blutstillende Eigenschaft des Phenyforms besonders hervorzutreten. — Recht günstig waren die Erfolge der Behandlung der weichen Schanker (bei gleichzeitiger, jeden zweiten Tag vorgenommener Ätzung mit Acidum carbolicum liquefactum. — Phenyformekzeme wurden niemals beobachtet. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über Phenyform, von A. Stephan-Mühlhausen i. Th. (*Ther. Monatsh.* 1906. Nr. 11.) Phenyform, das neue Antiseptikum und Desodorans, ist eine Verbindung der Karbolsäure mit dem Formaldehyd, ein grauweifses, geruchloses, sehr leichtes Pulver, welches in Alkalien und Ammoniak löslich ist. Stephan machte eine Reihe von Versuchen mit Phenyform, er berichtet, dafs das Mittel dem Jodoform, was die antibakteriellen Eigenschaften in vitro anbetrifft, gleichwertig ist, aufserdem ist es billiger.
Bernhard Schulze-Kiel.

Über die „Reizwirkung" des Protargols, von C. Stern-Düsseldorf. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 6.) Von verschiedenen Seiten ist von Zeit zu Zeit die Klage erhoben worden, dafs das Protargol Reizerscheinungen hervorrufe, welche einen weiteren Gebrauch des Mittels bei dem betreffenden Kranken unmöglich machten. S., dem selbst derartige Störungen mehrfach begegnet sind, erklärt diese Vorkommnisse durch die Verwendung von alten oder nicht vorschriftsmäfsig bereiteten Lösungen. Er hat im Krankenhause bei 55 Männern, 111 Frauen und 5 Kindern weiblichen Geschlechtes das Mittel seriatim verwendet und mit einer einzigen Ausnahme bei einem sehr empfindlichen Manne, der im Verlaufe der Behandlung Pleuritis, Gelenkaffektionen und Prostatitis als Zeichen einer verminderten Resistenzfähigkeit darbot, stets ein gutes Resultat erzielt. Allerdings ist es nach Verfassers Darlegung nötig, die Lösung stets frisch und mit kaltem destilliertem Wasser zu bereiten. Dann wurden von den Männern je nach der Akuität der Erkrankung Lösungen von ¼—1 % stets anstandslos ertragen. Sehr nützlich hat S. es gefunden, der Injektion eine Spülung oder Anfüllung der Harnröhre mit warmem (37°) Wasser voranzuschicken. Von den Weibern wurden Injektionen von 2%iger Lösung und Austupfen der Urethra mit 5—10%iger Lösung ohne Beschwerden vertragen. Die Kinder erhielten Scheideneingiefsungen einer 2—5%igen Lösung, die sie zehn Minuten lang bei Beckenhochlage zurückhielten.

In einer Nachschrift teilt Chemiker Brüning mit, dafs er aus verschiedenen Teilen Deutschlands sich 50 Proben kommen liefs, die sich bei der Untersuchung alle als einwandsfrei und fast von vollständig gleicher Zusammensetzung erwiesen. Allerdings ist das Protargol leicht zersetzlich und ist alsdann nicht zu verwenden.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Bedeutung der Protargolsalbe für die Narbenbildung, von Rob. Müller-Elberfeld. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 11.) Die externe Anwendung des Protargols in Salbenform ist wenig verbreitet. Die Salbe wirkt antiseptisch, sie ist reizlos, begünstigt die Granulationsbildung, ohne eine Überwucherung der Granulationen hervorzurufen, sie regt die Epidermisierung der Wundränder energisch und nachhaltig an, wirkt austrocknend, schmerzt wenig, und die nach ihrer Anwendung entstehenden Narben sind von vorzüglicher Beschaffenheit. Sie eignet sich daher zur Überhäutung oberflächlicher Epitheldefekte, flacher Hautabschürfungen usw. Bei Ulcus cruris war der Erfolg der Protargolsalbe ein wechselnder, auch bei Ekzem wurde sie mit Erfolg angewendet. Man benutzt eine 5—10%ige Salbe, das Protargolpulver mufs vor dem Verreiben mit der Fettmasse erst in wenig kaltem Wasser gelöst werden.

Diese konzentrierte Protargollösung wird dann mit Lanolinanhydr. aufgenommen und schliefslich mit gelber amerikanischer Vaseline auf den gewünschten Prozentgehalt eingestellt. Man ordiniert also nach der Formel:

Protargol	3,0
Solve in Aq. dest. frig.	5,0
Miscec. Lanolin anhydr.	12,0
Adde Vasel. flav.	10,0

M. f. ung.

Die Salbe färbt sich bei längerem Stehen bräunlich und ist dann weniger brauchbar.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über die Radioaktivität der Kreuznacher Soolquellen, von Carl Aschoff-Kreuznach. (*Ztschr. f. öffentl. Chemie.* 1905. Heft XV.) Die Kreuznacher Quellen sind durch einen verhältnismäfsig hohen Gehalt von Baryum ausgezeichnet, das sowohl an Chlor wie an Kohlensäure gebunden ist. Zu den Versuchen, die Radioaktivität der Quellen festzustellen, wurde das Baryum aus dem Sinter isoliert und die gelöste radioaktive Emanation bestimmt. Es ergab sich, dafs neben reichlichen Radiummengen auch stark aktive Thorverbindungen vorkommen. *Schourp-Danzig.*

Beitrag zur Verwendung des Sanatogen bei sexueller Neurasthenie, von P. Meissner-Berlin. (*Ther. Monatsh.* 1906. Mai.) Die Ursachen sexueller Neurasthenie sind mannigfacher Art, Masturbation, Venerophobie, Mifsverhältnis zwischen der libido sexualis zwischen Mann und Frau, Furcht vor Schwängerung, coitus interruptus usw. Aufser lokalen Mafsnahmen, wie Behandlung der Prostata und der Harnröhrenschleimhaut erzielen oft auch diätetische Mafsnahmen wesentliche Besserung. M. berichtet über seine Erfahrungen an 17 Fällen, von denen 15 männlichen und zwei weiblichen Geschlechts waren; von den 15 Männern waren neun verheiratet, davon acht Familienväter, von denen sämtlich seit langer Zeit coitus interruptus ausgeführt wurde. Bei den unverheirateten Männern machten sich die neurasthenischen Störungen in bedenklicher Weise geltend, teilweise handelte es sich schon um Melancholie. Bei allen Patienten gab Verfasser Sanatogen, in welchem die Glycerinphosphorsäure als Nerventonikum wirkt. M. gab dreimal täglich einen Efslöffel Sanatogen, verrührt in zwei Efslöffel Wasser während der Mahlzeiten. Der Erfolg war sehr gut und bewirkte bei allen Heilung, wenn auch erst nach Monaten.

Bernhard Schulze-Kiel.

Sapalcol, ein fester Seifenspiritus zu medikamentösen Zwecken, von A. Blaschko. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 50.) „Sapalcol“ wurde (vom Fabrikanten Arthur Wolff jr., Breslau X) ein in einer Zinntube enthaltener alkoholhaltiger Seifenbrei genannt. Das Präparat ist schon in ärztlichen Kreisen als Händereinigungsmittel ziemlich verbreitet. Verfasser hat nun den Fabrikanten veranlafst, dem Sapalcol mehrere in der Dermatotherapie gebräuchliche Medikamente einzuverleiben. Die mit diesen Präparaten vom Verfasser gemachten ausgedehnten Versuche sind aufserordentlich günstig verlaufen. Der Vorzug der Sapalcoltuben liegt einmal in ihrer Handlichkeit und Transportabilität, ein andermal in der glücklichen Vereinigung von weichem Seifenbrei und Alkohol. Das Sapalcol stellt ein Mittelding zwischen Tinktur und Seife dar, es ist also gewissermafsen eine feste Tinktur. Vorzüglich eignet sich das Sapalcol für Teerseifen, insbesondere zur Behandlung des behaarten Kopfes. Besonders empfehlenswert für den behaarten Kopf (Pityriasis, Seborrhoe, Psoriasis, Ekzem) seien die farblosen Teerseifen (Sapalcol c. Liquor carbonis deterg. 10%, c. Anthrasol 10%). Auch für die Behandlung chronischer infiltrierter Ekzeme und ähnlicher Prozesse sei die Applikationsmethode eine aufserordentlich

bequeme und wirksame. Reizungen entstehen durch die äufserst milde Natronseife nicht.

Der Fabrikant hat vorläufig nur eine begrenzte Reihe von Präparaten hergestellt, so vor allem die verschiedenen Teerseifen und die Sapalcole mit Resorcin, Pyrogallol, Ichthyol und Tumenol. Aber es lassen sich alle spirituslöslichen Medikamente — sofern sie durch Alkalien nicht zersetzt werden — dem Sapalcol sehr leicht einverleiben. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über Schwefelwässer mit besonderer Berücksichtigung der Schwefelquelle von Dolaincourt (Vogesen), von René D. M. L. Florentin. (*Thèse de Nancy.* 1906. Nr. 18.) *Fritz Loeb-München.*

Die Nenndorfer Schwefelseife, von Szubert-Danzig. (*Reichs-Mediz.-Anzeiger.* 1906. Nr. 24.) Verfasser empfiehlt die aus dem Gemisch einer neutralen Kernseife und des gereinigten unter der Einwirkung der Luft sich ausscheidenden Niederschlags der Nenndorfer Quellen bestehende „Nenndorfer Schwefelseife". Sie wird hergestellt als „schwache" Schwefelseife (16% Quellenniederschlag und 2½% Lanolin) und als „starke" Schwefelseife (36% Quellenniederschlag und 5% Lanolin). Die schwache Seife empfiehlt Verfasser als Toiletteseife bei unreinem Teint und — namentlich für Ärzte — zum Waschen und Desodorieren der Hände. Die starke Nenndorfer Seife leistet gute Dienste bei Seborrhoe, Acne vulgaris, Komedonen, Acne rosacea und unterstützt die Salbenbehandlung des Ekzema seborrhoicum. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über Unguentum sulfuratum mite (Theyolip), von Richard Ramshorn. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 37.) Bericht über die Erfolge, die Verfasser an der dermatologischen Abteilung der Universitätspoliklinik in Leipzig mit der von Vörner empfohlenen Salbe erzielt hat. Die Salbe besteht aus Schwefel, der teils in einem Salbenkonstituens gelöst, teils in einer äufserst feinen Weise in derselben verteilt ist; die Menge des gelösten Schwefels soll ebenso wie die des suspendierten etwa 1% betragen. Die Salbe wurde seinerzeit Unguentum sulfuratum mite (Thiolan) genannt und wird jetzt als „Theyolip" in den Handel gebracht. Im allgemeinen bewährte sich Theyolip in allen denjenigen Affektionen, bei welchen Schwefel- und Teerpräparate bekanntermafsen gute Dienste leisten.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Die Seifentherapie der Hautkrankheiten, von E. Schwarz-Prag. (*Medizin. Blätter.* 1906. Nr. 52.) Die Keraminseife bedeutet einen Fortschritt in der dermatologischen Therapie. Der Vorteil ihrer Anwendung ist vor allem die Reinlichkeit und bequeme Anwendungsweise, sie wirkt nicht ätzend, dagegen desinfizierend, desodorierend, juckstillend, sie glättet die Haut und macht sie geschmeidig. Infolge der guten Beeinflussung der Akne und Seborrhoe eignet sie sich als kosmetische Seife. Zuweilen mufs man daneben noch andere Mittel hinzuziehen, so z. B. nach Unna bei den Kopfekzemen der Kinder die Mitwirkung von Öl. Jedenfalls ist die Keraminseife empfehlenswert. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Verhängnisvolle Vergiftung durch äufsere Anwendung von Sublimat, von G. G. Craig-Rock, Island. (*Journ. amer. med. assoc.* 3. Nov. 1906.) Wegen Rheumatismus hatte eine 25jährige Frau Umschläge mit Holzgeist, in welchem Sublimat aufgelöst war, um Hals, Rücken und einen Arm gemacht. Unter den Erscheinungen einer Verbrennung zweiten Grades, Stomatitis und Gastroenteritis starb sie sechs Tage nach der Anwendung der Umschläge. *Schourp-Danzig.*

Das Thiosinamin als Heilmittel, von L. P. Wolf-Jena. (*Arch. f. klin. Chir.* 82. Bd. 1. Heft.) Nach einem Rückblick über die Literatur der Thiosinaminanwendung kommt der Verfasser zu dem Ergebnis, dafs das Mittel bei der Behandlung von Ke-

loiden und störenden Hautnarben dank seiner lymphagogen, hyperämisierenden und chemotaktischen Wirkung zu empfehlen ist, hingegen bei der Lupusbehandlung zu verwerfen ist. *Schourp-Danzig.*

Viscolan, eine neue Salbengrundlage, von Klug-Klein-Zschachwitz. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 51.) Viscolan wird aus der Rinde der Mistel und anderer pflanzlicher Gewächse hergestellt. Es ist ein dickflüssiges, fadenziehendes und klebriges Präparat. Gegenüber den anderen Salbengrundlagen hat es den Vorzug, daſs es auf Granulationen aufgetragen an diesen haftet und sie vollkommen luftdicht abschlieſst. Es ist absolut reizlos, läſst sich mit allen Medikamenten in jeder Konzentration mischen. Sekretstauungen kommen auch bei ausgedehnten Wundflächen nicht vor. Verfasser glaubt das Viscolan bei granulierenden Wunden, wie Ulcus cruris, Brandwunden, frisch genähten und Quetschwunden, bei Ekzemen usw. als Schutz- und Deckverband empfehlen zu können. *Carl Schramm-Dortmund.*

Über die physiologischen und pharmakologischen Wirkungen des Yohimbin Spiegel, von Alexander Strübell-Dresden. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 37.) St. hat eingehende Untersuchungen über die Wirkung des Yohimbin angestellt und veröffentlicht dieselben im vorliegenden Artikel. Er hat festgestellt, daſs nach subcutaner resp. intravenöser Einverleibung oder Aufnahme per os neben Reizerscheinungen wie Rötung, Gefäſserweiterung in den Extremitäten und der Sexualsphäre Lähmungserscheinungen eintreten, welche sich in einer Anästhesie der sichtbaren Schleimhäute manifestierten. Er hat daher das 1%ige salzsaure Yohimbin und später wegen der schlechten Löslichkeit desselben das milchsaure Yohimbin in stärkeren Konzentrationen zur Anästhesierung der Schleimhäute von Nase und Kehlkopf bei operativen Eingriffen mit gutem Erfolg angewandt. Die Hoffnung, daſs das Yohimbin ein Antidot gegen das Morphin sei, hat sich nach St. nicht erfüllt. Wohl heben sich im Anfang die Wirkungen der beiden Mittel auf, aber bei letalen Dosen addieren sich die Effekte beider Mittel und das Tier geht früher zugrunde, als wenn es nur ein Mittel erhalten hätte. Ferner hat St. versucht, die aktiv hyperämisierende Wirkung des Yohimbins bei peritoneal erzeugter Tuberkulose der Meerschweinchen zu Heilzwecken zu verwerten. In der Tat hat eine Reihe Versuchstiere, die regelmäſsig mit Yohimbin behandelt wurden, länger gelebt als die Kontrolltiere; in einer zweiten Versuchsreihe waren die Kulturen der TB zu virulent gewesen, um den erhofften therapeutischen Effekt der Gefäſserweiterungen aufkommen zu lassen. Bereichert wird die Kenntnis der Yohimbinwirkung aber fraglos durch die Feststellung seitens des Verfassers, daſs nach Injektion medizinaler Dosen, welche das Herz vollkommen unberührt lassen, im Gefolge der bald wieder ausgeglichenen Blutdrucksenkung durch Gefäſserweiterung das Gehirnvolumen und der Druck im Cavum cranii rapid steigen. Diese Hirndrucksteigerung hielt nun sehr lange an und konnte durch erneute intravenöse Yohimbinzufuhr, die sofort wieder Blutdrucksenkung bewirkte, nicht oder nur wenig gesteigert werden. Das läſst darauf schlieſsen, daſs eine vermehrte Herztätigkeit eintritt, oder was wahrscheinlicher ist, daſs andere Gebiete des Gefäſssystems sich rascher kontrahieren als die des Gehirns und so der alte Blutdruck wieder hergestellt wird, und daſs ferner das Yohimbin eine gröſsere Affinität zu den das Nervengewebe versorgenden Gefäſsen und zu diesem selbst besitzt. Es beruht also die günstige Wirkung auf die männliche Potenz in dem gesteigerten Stoffwechsel des Zentralnervensystems, also auch des Lendenmarks. *Putzler-Danzig.*

Angioneurosen.

Die Angioneurosenlehre und die hämatogene Hautentzündung, von Ludwig Török-Budapest. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 51.) Die Theorie der Angioneurosen hat bei der Erklärung der Pathogenese der Hautkrankheiten reichliche Anwendung gefunden, ein großer Teil der Arzneiausschläge, zahlreiche Ausschläge, welche im Verlaufe von infektiösen, septischen Krankheiten entstehen, ebenso wie solche Ausschläge unbekannten Ursprungs, Erytheme, Blasenausschläge, Prurigo, Urticaria gehören hierher. Nach der Ansicht von Török und Philippson entbehrt die Theorie der Angioneurosen in bezug auf die erwähnten Prozesse jeder Grundlage, an ihre Stelle muſs eine andere Auffassung treten, derzufolge die Hautveränderungen des Erythems, der Urticaria und ähnlicher Prozesse dadurch zustande kommen, daſs irgendein pathogener Faktor durch Vermittlung des Blutstroms in die Hautgefäſse gelangt, und daſs die Hautveränderungen durch direkte Einwirkung der letzteren auf die Gefäſswände entstehen. Es tritt also an Stelle der Angioneurosen die hämatogene Hautentzündung, oder besser, die reaktive Blutgefäſsstörung hämatogenen Ursprungs. Diese Auffassung wird in langer Ausführung begründet. Alle klinischen Eigenschaften jener Prozesse, welche man gewöhnt war, zu den Angioneurosen zu rechnen, finden ihre Erklärung in der hämatogenen Entstehungsweise. So z. B. erklärt sich die häufig zu beobachtende grofse Zahl der Einzelherde aus der Anwesenheit gröſserer Mengen des Krankheitserregers in dem Blute und aus seiner innigen Vermischung mit dem Blute, die oft zu beobachtende Symmetrie der Lokalisation und der Symmetrie des Blutgefäſsverlaufs und namentlich des Wurzelgebietes der Gefäſse, die Prädilektion der Herde für Kopf und Extremitäten aus der Prädilektion der Embolien im allgemeinen für diese Gegenden, die häufig rundliche Form der Herde aus der Tatsache, daſs der pathogene Faktor, falls er ein Mikroorganismus ist, von der Stelle, wo er im Gefäſssystem haften geblieben ist, gleichmäſsig gegen die Nachbarschaft fortwuchert, oder die von ihm produzierten toxischen Substanzen sich gleichmäſsig gegen die Nachbarschaft ausbreiten, beziehungsweise daſs der pathogene Faktor, falls er chemischer Natur ist, sich gleichmäſsig in das benachbarte Gewebe imbibiert. Es ist leicht einzusehen, daſs die Auffassung nicht bloſs in bezug auf die Diagnose und Therapie der betreffenden Prozesse neue Gesichtspunkte eröffnet, sondern auch der ätiologischen Forschung neue Wege weist. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Erwiderung auf den Vortrag L. Töröks: „Die Angioneurosenlehre und die hämatogene Hautentzündung“, von K. Kreibich. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 2.) Im Gegensatz zu Török, der jede angioneurotische Entzündung leugnet und die Quaddel als eine durch toxische Beeinflussung der Gefäſswand entstandene seröse Entzündung auffaſst, behauptet Kreibich: Jede Quaddel entsteht als angioneurotisches Ödem durch Nerveneinfluſs. Auf die Quaddel kann echte Entzündung folgen, diese kann nun ihren Grund entweder in der direkten Schädigung der Gefäſswand durch jenes Toxin haben, welches anfangs durch Einwirkung auf den Gefäſsnerv die Quaddel verursachte (Urticaria ecterna), oder sie kann die Folge der ersten intensiven Nervenerregung sein (Urticaria enterna). Diese Ansicht stützt K. auf klinische Beobachtungen und Experimente. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Bemerkungen zu der Erwiderung Prof. Kreibichs auf meinen Vortrag: „Die Angioneurosenlehre und die hämatogene Hautentzündung“, von Ludwig Török-Budapest. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 4.) Verfasser wendet sich gegen die Behauptungen Kreibichs, welche sich an das Wesen der Streitfrage über die Existenz einer angioneurotischen Entzündung halten, wobei er speziell auf Kreibichs Bemerkungen gegen die Versuche von Philippson, Vas, Háre und Török erwidert. Einzelheiten würden zu weit führen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Idiopathische Cyanose infolge von Sulph-Hämoglobinämie, von S. West und T. W. Clarke-London. (*Lancet.* 2. Febr. 1907.) Von Stockvis, Talma u. a. sind einzelne Fälle beschrieben von intensiver Cyanose, welche ohne nachweisbare organische Erkrankungen durch das Vorhandensein von Methämoglobin resp. von Sulph-Hämoglobin im Blute bedingt waren. Im ganzen sind bisher zwölf Fälle publiziert worden, teils mit letalem Ausgang, teils mit Übergang in Heilung. Der Entstehungsmodus des Leidens ist dunkel, und auch die vorliegende Arbeit bietet nur Hypothesen zur Erklärung. Es handelte sich in diesem Falle um eine 37jährige, unverheiratete Patientin, die früher über neurotische Erscheinungen, Anämie, Dyspepsie, Obstipation und Schlaflosigkeit zu klagen gehabt hatte. Zur Zeit der Aufnahme hatte die Cyanose etwa $1^1/_4$ Jahr bestanden und war so intensiv gewesen, daſs der Tod als unmittelbar bevorstehend angesehen wurde. Auſser allgemeiner groſser Schwäche gab Patientin keine Beschwerden an, und die objektive Untersuchung ergab auſser der allgemeinen Cyanose, die besonders an Gesicht, Lippen, Ohren und an den Finger- und Zehennägeln ungewöhnlich intensiv war, nichts Abnormes. Eine bei starkem Bogenlicht vorgenommene spektroskopische Untersuchung an der „Schwimmhaut" des Daumens zeigte ein dem Spektrum des Methämoglobins analoges Verhalten. Sorgfältige chemische Analysen des Blutes, des Urins und der Stühle indessen ergaben, daſs es sich um eine Einwirkung von Schwefelwasserstoff auf das Blut gehandelt haben müsse. Die vorläufig plausibelste Erklärung dieses Vorganges ist die, daſs die Darmwand eine abnorme Durchlässigkeit für das Gas darbietet. Eine besonders gesteigerte Formation von H_2S im Darmkanal konnte wenigstens nicht bewiesen werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die plötzlich entstandene, flüchtige Nasenröte und ihre sofortige Beseitigung durch Benzin, von Franz Bruck-Berlin. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 5.) Warme Empfehlung der Benzinumschläge zur Beseitigung der flüchtigen Nasenröte, die auf Grund einer Herabsetzung des Tonus der Hautgefäſse unter verschiedenen Veranlassungen (schroffer Temperaturwechsel, Weingenuſs) zustande kommt. Das Benzin wirkt hier dank der Fähigkeit äuſserst rasch zu verdunsten; die dadurch erzeugte Verdunstungskälte führt ein Abblassen und ein Kaltwerden der Nase herbei. Daneben beseitigt das Benzin den so gefürchteten Glanz der Nasenhaut und gibt dieser ein völlig stumpfes Aussehen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Zur Behandlung der Nasenröte mittels des galvanischen Stromes, von Josef Kapp-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 37.) Als wirkliche Heilmittel gegen rote Nasen kommen eigentlich nur die physikalischen und chirurgischen Methoden in Betracht (Skarifikation, Lassars Vielpunktiernadel, Unnas Mikrobrenner, weiſsglühende Nadel von Bloebaum). Eine wirklich brauchbare Methode für alle Fälle leichter, gleichmäſsiger Nasenrötung ohne einzelne makroskopisch sichtbare Blutgefäſse ist fraglos die Galvanisierung der Nase, welche leicht ausführbar und schmerzlos ist. Verfasser bedient sich zur Ausführung der Nasengalvanisation einer Tauchbatterie mit 24 Chromsäure-Elementen, Galvanometer, Stromwender und Graphitreostat. Er setzt beide Elektroden auf die Nasenwände auf, den Strom läſst er mittels des Graphitreostaten einschleichen, bis eine Stromstärke von 2—4 Milliampères erreicht ist. Nach etwa fünf Minuten schaltet Verfasser den Strom für eine halbe Minute aus, wendet ihn, so daſs nun die Kathode auf die andere Nasenseite zu liegen kommt, und schickt den Strom weitere fünf Minuten durch. Am besten benutzt man Doppelelektroden. Verfasser hat bisher 37 Fälle so behandelt und nur bei zweien einen Miſserfolg gehabt, 24 Fälle wurden geheilt, 11 sehr bedeutend gebessert. Die Heilung erfolgte meist nach 18—20 Sitzungen, welche alle drei bis sechs Tage vorgenommen wurden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die permanente Rötung der Haut bei der Insuffizienz der Nebennieren, von Focà. (*Tribune Médic.* 19. Jan. 1907.) Der Verfasser hat dieses Symptom bei drei Patienten mit Addisonscher Krankheit beobachtet. Der Verfasser findet natürlich die Erklärung dieses Phänomens in der Tatsache, daſs bei mangelhaft funktionierenden Nebennieren, deren hauptsächlichste Tätigkeit darin besteht, den Herztonus und die Vasokonstriktion zu erhalten, eine Abnahme des Blutdruckes in den Arterien und infolgedessen Vasodilatation eintreten muſs. *C. Müller-Genf.*

Die Serumkrankheit, von J. D. Rolleston-London. (*The Antiseptic.* März 1907.) 1. Stadium: Das früheste Symptom, einige Stunden nach der Injektion auftretend, ist Schweiſsausbruch, verbunden mit längere Zeit anhaltender Schläfrigkeit. Gleichzeitig kann ein skarlatinaähnliches Exanthem auftreten.

2. Stadium: Nach einer Latenzperiode von 1—8 Tagen kann eine Urticaria auftreten, beginnend an der Injektionsstelle, auf diese beschränkt oder generalisiert, oft mit beträchtlichem Ödem einhergehend. Nach einer zweiten Seruminjektion kann das Ödem noch hochgradiger und schneller eintreten. Die Urticaria dauert verschieden lange Zeit an, ca. 3—4 Tage.

3. Stadium: Es folgt, wenn überhaupt vorhanden, dem 2. Stadium nach ein bis mehreren Tagen. Unter Fieber tritt ein Erythem auf mit bisweilen circinärer Anordnung. Besonders ältere Patienten leiden an Muskel- und Gelenkschmerzen, allgemeinen Drüsenschwellungen. Da gleichzeitig Belag auf den Tonsillen auftreten kann, liegt eine Verwechslung mit einem Rückfall der Diphtherie nahe: Angina redux.

Schucht-Danzig.

Beitrag zum Studium der Komplikationen durch Seruminjektionen. Erythema marginatum aberrans, von A. B. Marfan und Henri Lemaire-Paris. (*Revue mens. des malad. de l'enfance.* Januar 1907.) Unter den verschiedenen Hauteruptionen, welche nach Einspritzungen von antidiphtheritischem Serum auftreten, haben die Verfasser eine speziell geartete in einer gewissen Anzahl von Fällen beobachten können und derselben den Namen Erythema marginatum aberrans gegeben. Dasselbe gehört zu den späten sero-toxischen Erscheinungen, da es zwischen dem achten und zwölften Tage nach der Seruminjektion auftritt und mitunter selbst am 15. Tage erscheinen kann. Es handelt sich gewöhnlich um eine fieberhafte Eruption, doch besteht kein Parallelismus zwischen den Hauterscheinungen und der Höhe der Temperatur.

Das Erythem erscheint meist in der Bauchgegend, um die Injektionsstelle herum, und breitet sich dann auf Kreuz und untere Extremitäten aus. Es treten lebhaft rote Flecke auf, die an Masernflecke erinnern, dieselben vergröſsern sich rasch, die Mitte blaſst ab, während die Ränder die rote Färbung beibehalten. Durch das exzentrische Fortschreiten konfluieren dieselben und bilden arabeskenartige Zeichnungen. Während an manchen Körperstellen neue Papeln aufschieſsen, zeigen andere die verschiedenen Stadien der erwähnten Evolution. Unter den allgemeinen Symptomen ist eine gewisse Hinfälligkeit, Appetitlosigkeit, eventuell auch diarrhoische Stuhlentleerung zu erwähnen. Dies alles läuft innerhalb zwei bis fünf Tagen ab, doch kommen auch Rückfälle vor. In einer groſsen Anzahl von Fällen folgt das geränderte Erythem auf Urticaria (11mal unter 32 Fällen). Obwohl die Entwicklung des Erythems sehr rasch vor sich geht, so gibt es doch Fälle, wo die masernähnlichen Flecke einige Tage hindurch bestehen und den Verdacht auf wirkliche Masern erwecken können, namentlich wenn gleichzeitig auch ein leichter Katarrh der Luftwege besteht.

Zahlreiche Umstände sprechen dafür, daſs das in Rede stehende Erythem serotoxischer Natur ist, doch gibt es gewisse Umstände, welche dem Ausbruche desselben Vorschub leisten, wie die Menge des eingespritzten Serums, die Individualität des

Pferdes, von dem dasselbe herstammt, und endlich das Alter des Patienten, insofern Kinder seltener die Hauteruption darbieten als Erwachsene. Der Verlauf der Krankheit ist ein gutartiger, doch sind einige therapeutische Maſsnahmen von Vorteil und zwar Bettruhe, Milchdiät und eine leichte Kalomeldosis. In prophylaktischer Beziehung ist nicht viel zu machen, so lange es nicht gelungen ist, das antidiphtherische Serum von den schädlichen Stoffen, die es enthält, zu befreien und nur die therapeutisch wirksamen beizubehalten. *E. Toff-Braila.*

Eine eigentümliche Form einer toxischen Dermatose nach Antipyringebrauch, von Hans Degle-Kindberg. (*Wien. med. Presse.* 1906. Nr. 42.) D. gab einem 50jährigen Klavierspieler wegen einer Oberarmneuralgie dreimal täglich 1,0 Antipyrin. Nach drei Tagen war über Nacht ein Ausschlag aufgetreten, der die rechte Hälfte der hinteren Thoraxwand bis zur Mammillarlinie einnahm und sich ferner über die der Wirbelsäule benachbarte innere Hälfte der linken, hinteren Thoraxwand ausdehnte. Diese „Miliaria rubra“ bedeckte auch die rechte Schultergegend und die äuſsere Oberarmfläche bis zum Ellbogen hin. In diese Zone von Miliaria waren eine Anzahl zweihellerstückgroſse, lebhaft rote, etwas erhabene, kreisrunde Papeln eingebettet, welche sich in einer Anzahl von 16 rechts von der Wirbelsäule, etwa den Austrittsstellen der Nerven entsprechend, beginnend von der Vertebra prominens, links von der Wirbelsäule in einer Anzahl von 14 solcher Papeln nach abwärts gegen die Lendenwirbelsäule erstrecken. Zwischen dem oberen Drittel dieser zwei Reihen noch eine dritte aus fünf Flecken bestehende Reihe von der Vertebra prominens nach abwärts ziehend so, daſs die einzelnen Flecken genau den Domfortsätzen der Halswirbel entsprechen. Endlich auf der rechten Schulterblattgegend noch eine Gruppe von zehn Papeln. Heilung auf Aussetzen der Antipyrinmedikation.

Putzler-Danzig.

Hämorrhagien bei Neugeborenen, von H. Mc. Clanaham-Omaha. (*Journ. americ. med. assoc.* 13. Okt. 1906.) Ätiologisch kommt für spontane Hämorrhagien der Neugeborenen hereditäre Syphilis in Frage als prädisponierendes Moment. So hat Mračék sie in 14% von hereditärer Syphilis gesehen. Für Hämorrhagien bei Kindern nach dem zehnten Lebenstag ist vermutlich eine septische Infektion die Ursache. Eine Beziehung von Hämorrhagien bei Neugeborenen und Hämophilie besteht wahrscheinlich nicht. *Schourp-Danzig.*

Zur Kasuistik der sog. Scarlatina medicamentosa, von Kirejew. (*Praktitscheski Wratsch.* 1906. Nr. 36.) Die drei beschriebenen Fälle von medikamentöser Skarlatina beruhten auf Chiningebrauch. Als Unterscheidungsmerkmal gegenüber dem wahren Scharlach nennt Verfasser das frühe Auftreten einer kleienförmigen Abschuppung auf Gesicht, Brust, Rücken und Händen bei gleichzeitiger frischer Ausbreitung des Ausschlages auf Bauch, Kreuz und unteren Extremitäten. Im weiteren Verlauf der Krankheit spricht der gemischte Charakter der Abschuppung gegen Scharlach: anfangs kleienförmig, später in Fetzen, wobei beide Abschuppungsarten gleichzeitig vorkommen.

Arthur Jordan-Moskau.

Über einen Scharlach simulierenden Fall von Chininintoxikation, von B. Korybut-Daszkiewicz. (*Medyzyna.* 1907. Nr. 1—2.) Verfasser hat bereits vor Jahren Gelegenheit gehabt, eine seltene Komplikation der Chininbehandlung zu beobachten. Bei einer an schwerer Malaria leidenden Dame, die auf Darreichung von Chinin per os oder per clysma mit juckendem Exanthem reagierte, wurde der Versuch gemacht, Chinin subcutan zu injizieren. Über zehn Einspritzungen wurden scheinbar gut vertragen, nach einer gewissen Zeit aber kam es zum nekrotischen Zerfall des Unterhautzellgewebes an sämtlichen Injektionsstellen.

Nun beobachtete Verfasser einen anderen interessanten Fall von Idiosynkrasie

gegen Chinin. Verfasser wurde nämlich zu einem 25jährigen Patienten geholt, bei dem ein anderer Kollege wegen Verdacht auf Malaria über 1,0 Chinin verordnete. Eine Stunde nach Einnahme des Medikamentes trat unter Schüttelfrost, Erbrechen und heftigen Kopfschmerzen hohes Fieber ein (40,3); gleichzeitig traten ein „brennendes“ Exanthem am ganzen Körper, Ohrensausen und Halsschmerzen auf. Das Exanthem war scharlachrot und über die gesamte Hautdecke — mit Ausnahme einzelner Partien an unteren Extremitäten verbreitet; auch die Gegenden des Mundes, der Nase und des Kinns wurden nicht verschont. Die Zunge war dick belegt, am Rande stark gerötet; die Schleimhaut des weichen Gaumens diffus gerötet; beide Mandeln deutlich vergröſsert und gerötet, die rechte Tonsille weist eine weiſsliche Plaque muqueuse auf. Obwohl das ganze Bild Scharlach täuschend ähnlich war, wurde beim Verfasser der Verdacht eines Chininexanthems wach, insbesondere als die Anamnese ihm die Veränderungen an der Tonsille als syphilitische Plaques zu diagnostizieren gestattete. Als die akuten Krankheitserscheinungen und das Exanthem — ohne Desquamation — unter indifferenter Therapie nach vier Tagen zurückgegangen waren, bewog Verfasser den Kranken, doch noch einmal Chinin versuchsweise einzunehmen, um den Verdacht eines durchgemachten Scharlachs vollkommen ausschlieſsen zu können. Und in der Tat, eine Stunde nach Einnahme von 0,7 Chinini muriatici trat dasselbe scharlachrote Exanthem auf, unter demselben Bilde einer schweren Erkrankung (Fieber bis 40,5). Sämtliche Erscheinungen — selbstverständlich bis auf die Plaques muqueuses — sind nach drei Tagen gänzlich zurückgegangen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Quecksilberexanthem in Form eines Erythema circinatum et iris, von Bonnet. (*Lyon méd.* 1906. Nr. 37.) Eine 31jährige Frau mit florider Syphilis bekam zweimal nach innerlichem Gebrauch von Quecksilber ein stark juckendes Erythema circinatum et iris, bestehend aus erythematös-papulösen Herden. Das erste Mal zeigte sich das Exanthem nur am linken Oberschenkel, das zweite Mal begann es an beiden Ellbogen und ging, als weiter Quecksilber gegeben wurde, auch auf das Gesäſs und die Kniegelenkgegend über.

Quecksilberexantheme in der hier beschriebenen Form sind bisher nur nach Einreibungen, nicht aber nach innerlichem Gebrauch von Quecksilber beobachtet worden.

Götz-München.

Ein Fall von Erythema gyratum menstruale, von J. Brings-Wien. (*Med. Blätter.* 1906. Nr. 44.) Die Fälle von Erythemen während der Menses sind gar nicht selten, werden aber oft übersehen, da sie meist keine Beschwerden hervorrufen. Einen solchen Fall beobachtete auch Verfasser kürzlich bei einer 37jährigen Frau. Das Exanthem bestand aus guirlandenförmig angeordneten, rotvioletten, etwas über das Hautniveau hervorragenden Ringen und Ringsegmenten, welche ein Zentrum von leicht rosafarbenem Anflug einschlossen, das Exanthem saſs auf der Vorderseite der Brust und auch auf den Streckseiten aller Extremitäten. Dieser Ausschlag tritt regelmäſsig schon zwei Tage vor jeder Menstruation ein, persistiert während derselben und ist zwei Tage nach Ablauf der Menses spurlos verschwunden bis zur nächsten Menstruation.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Beobachtung und Behandlung eines gichtischen Hautleidens, von G. Lindner-Cassel. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1906. Nr. 64.) Im Anschluſs an eine leichte Verbrennung der linken Hand entwickelte sich beim Verfasser, der seit mehreren Jahren an Muskel- und Gelenkrheumatismus, dann an regelmäſsigen Gichtanfällen zu leiden hatte, ein gichtisches Hautleiden, zuerst an der linken, dann an der rechten Hand. Dasselbe bestand in einem entzündlichen exsudativen Erythem, welches sich successive über den Handrücken ausbreitete. Es war schmerzlos, aber druckempfind-

lich und erregte lästiges Jucken. Verfasser nahm innerlich Aspirin und legte ein kleines Blasenpflaster auf die entzündete Stelle, um das an derselben zirkulierende gichtische Blut durch das abgesonderte Serum möglichst zu entlasten. Bei mikroskopischer Untersuchung der serösen Ausschwitzung fand sich ein reicher Gehalt an harnsauren Salzen. — Die Wirkung des Vesikators erwies sich sehr günstig und wurde dann noch einmal wiederholt. Unter geeigneter Behandlung ist das Hautleiden nach einigen Monaten zur vollen Heilung gebracht worden.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Pellagra in frühester Kindheit. Nach Beobachtungen des H. Leonello Cristoforetti-Terragnolo.

Gleichzeitig ein Beitrag zur Kenntnis von der Entwicklungsdauer der Pellagra, von Ludwig Merk-Innsbruck. (*Wiener klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 16.) In dem einen Falle, welchen Cristoforetti genau beobachtet hatte, handelte es sich um ein 14 Monate altes Kind, das alle charakteristischen Symptome der Pellagra aufwies: rasch auftretender Ausschlag erythematösen Charakters an Gesicht, Hand- und Fufsrücken, scharfe und markante Begrenzung des Ausschlags, Diarrhoeen, Schlaflosigkeit. Seit dem vierten Lebensmonat war das Kind ausschliefslich mit Maismehl, das mit Wasser und Milch verkocht war, genährt, und im zwölften Monate begann nach Angabe der Mutter das Leiden. M. hält sich also für berechtigt, eine Inkubationszeit von etwa neun Monaten anzunehmen. Zu einer ähnlichen Frist (ungefähr sieben Monate) führte M. die genaue Beobachtung eines zweiten Falles, der einen Erwachsenen (63jährigen Mann) betraf. Die Frage der hereditären Pellagra berührend, möchte M. eine solche durchaus negieren, sondern nur annehmen, dafs bei den gleichen Lebens- und Ernährungsverhältnissen in manchen Familien, zumal schlechtsituierten, eine Prädisposition zu Pellagra vorhanden sei. Auch in der Literatur, wovon M. besonders Gemmas Arbeit einer genaueren Durchsicht unterzieht, sei eine hereditäre Pellagra wissenschaftlich nicht erwiesen. *Stern-München.*

Zur Bekämpfung der Pellagra in Österreich, von L. Soter. (*Wien. klin. Rundschau.* 1906. Nr. 51 und 52.) Seit 1888 bekämpft die österreichische Regierung die Pellagra mit Staatsmitteln durch Gründung von Speiseanstalten und Brotbäckereien mit Gewährung mehrmonatiger, nahrhafter, maisfreier Verköstigung an Pellagröse, durch Belehrung der Volksschichten mittels Merkblätter, durch Errichtung eines Pellagrosariums in Roveredo und St. Micheli und durch Besserung der Wasserversorgung in den Pellagragemeinden. *Schourp-Danzig.*

Über einen ungewöhnlichen Fall von Raynaudscher Krankheit, von J. A. Milne-London. (*Brit. med. Journ.* 8. Dez. 1906.) Es handelte sich um ein 14jähriges Mädchen, das schon seit frühester Kindheit asphyktische Erscheinungen dargeboten hatte. Die Störungen hatten zum Verlust beider Füfse geführt, und kurz vor dem im Krankenhaus erfolgten Tode ergriff der gangränöse Prozefs sowohl beide Ohrmuscheln als auch die Nase und deren Umgebung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Raynaudscher Krankheit, von J. Reid-London. (*Lancet.* 26. Jan. 1907.) Der Fall betraf einen Säugling von 14 Tagen, der an Fingern und Zehen zunächst Erscheinungen von Osteomyelitis darbot mit nachheriger Gangränbildung. Aller Wahrscheinlichkeit nach war das Kind hereditär-syphilitisch. Es erhielt Hg innerlich und als lokale Applikation. Am achten Tage der Beobachtung starb es unter Erscheinungen von Lungenverdichtung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beitrag zur Erkenntnis der Pathogenese der Raynaudschen Krankheit, von J. Hnátek-Prag. (*Wien. klin. Rundschau.* 1906. Nr. 43 und 44.) Der Verfasser behandelte ein 26jähriges Mädchen, welches angeblich infolge Erkältung durch ein Flufsbad seit 2½ Jahren an Raynaudscher Krankheit leidet. Die Diagnose des Ver-

fassers stützt sich auf anfallweises Auftreten vasomotorischer Veränderungen an symmetrischen Körperstellen in Form von Synkope, Asphyxie und regionärem Rubor mit verschiedenen Paraesthesien. Da das letzte Stadium, die trockene Gangrän, bis jetzt fehlt, stellt der Fall das unvollendete Bild der RAYNAUDschen Krankheit dar. In der Krankheitsgeschichte berücksichtigt der Verfasser den Zustand des Blutdruckes im Anfall, welcher im Beginn des Anfalls anstieg und nach dem Aufhören wieder zur Norm sank. Auf Grund dieser beobachteten Blutdrucksteigerung schliefst er auf eine Kontraktion der Blutgefäfse eines grofsen Bezirkes, ja sämtlicher von vasomotorischen Einflüssen beherrschten Gefäfse. Hierbei bezieht er sich auch auf das von anderen Autoren beobachtete Faktum, dafs sich im Anfalle die Netzhautgefäfse kontrahieren. Als Ursache der Blutdrucksteigerung nimmt der Verfasser eine Ansammlung irgend einer Schädlichkeit im Körper an, durch welche die Erregbarkeit aller vasokonstriktorischen Apparate, sowohl der zentralen wie der peripheren, erhöht wird; nach seiner Ansicht mufs in Zukunft jede Erklärung dieses Leidens ihren Ausgang von diesem Symptom nehmen. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von angioneurotischem Ödem des Kehlkopfes, von C. BIRCH-Whitchurch. (*Lancet.* 5. Jan. 1907.) Ein achtjähriger, sonst gesunder Knabe erkrankte plötzlich nachts mit intensiver Atemnot, Fieber bis 39⁰, Stridor, Cyanose, Schmerzen im Rachen, aber ohne sonstige erkennbare lokale Abnormitäten. Im Laufe des Tages vergingen die Störungen. Bei dem im übrigen negativen Befund nimmt Verfasser an, dafs es sich um ein angioneurotisches Ödem handelte, wenn auch für diese Diagnose ein weiterer Anhaltspunkt nicht zu gewinnen war. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die MÖLLER-BARLOWsche Krankheit (infantiler Skorbut), von EUGEN FRAENKEL. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 45 und 46.) FR. hatte Gelegenheit, eine verhältnismäfsig grofse Zahl von Kindern mit MÖLLER-BARLOWscher Krankheit bei Lebzeiten zu beobachten und mehr als zwölf Fälle anatomisch zu untersuchen. Nach seinen Erfahrungen ist die klinische Diagnose durchaus nicht immer so leicht wie sie gewöhnlich hingestellt wird. Von den drei als klassisch angesehenen Symptomen, den Blutungen speziell am Zahnfleisch, den Schmerzen bei Bewegungen und den Anschwellungen an den Extremitätenknochen, besonders an den unteren Enden der Femora fehlen die durch subperiostale Blutungen bedingten Anschwellungen an den Knochen häufig ganz, oft auch kommen nur dünne flächenhafte, blutige Infiltrationen des Periosts zu stande, die erst bei der Sektion gefunden werden. Auch die Zahnfleischblutungen sind kein ganz konstantes Symptom, wenn sie auch häufiger vorkommen als die Anschwellungen an den Knochen; schwerere Stomatitiden stellen sich nach FR. nie ein. Sehr viel seltener als Zahnfleischblutungen trifft man Blutungen an anderen Schleimhäuten und an der äufseren Haut; am Auge kommen Blutungen in die Lider, in die Conjunctiva und in die Netzhaut vor, in ganz seltenen Fällen wird durch Blutextravasate hinter dem Bulbus Exophthalmus verursacht. Grofse klinische Bedeutung hat die Ausscheidung blutigen Urins, die oft das einzige klinische Zeichen der MÖLLER-BARLOWschen Krankheit darstellt; sie ist nicht als Symptom einer hämorrhagischen Nierenentzündung, sondern lediglich als Ausdruck einer hämorrhagischen, auch die Nieren mitbetreffenden Diathese anzusehen.

FR. schildert weiterhin die pathologische Anatomie und die anatomische Diagnose der MÖLLER-BARLOWschen Krankheit; die Knochenveränderungen, die mit Hilfe der Röntgenstrahlen auch am Lebenden in allen Einzelheiten deutlich sichtbar gemacht werden können, beweisen, dafs die Affektion mit dem Skorbut der Erwachsenen identisch ist; sie wird auch gleich dieser durch ungenügende, einseitige und fehlerhafte Ernährung verursacht. An Stelle der Bezeichnung „MÖLLER-BARLOWsche

Krankheit“ sollte der vielfach schon übliche Name „kindlicher Skorbut“ allgemein eingeführt werden. *Götz-München.*

Zwei Fälle von Purpura haemorrhagica, von denen der eine eine eigentümliche Beschaffenheit der Retina aufwies, von A. W. Falconer-Bradford. (*Lancet.* 2. Febr. 1907.) Bei dem einen Falle, einem 22 jährigen Mädchen, fanden sich an der Retina in der Gegend der Macula beiderseits eigentümliche grauweifse, unregelmäfsig gestaltete, nicht erhabene Flecke ohne Hämorrhagien. Im weiteren Verlaufe erst traten kleine Blutungen am Fundus der Augen hervor, aber diese sowie die weifslichen Verfärbungen vergingen völlig im Laufe der Beobachtungszeit. Der Entstehungsmodus dieser Flecke erscheint nicht ganz klar. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Durch Bakteriengifte erzeugte Haut- und Schleimhautblutungen, von J. Heyrovsky-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 9.) Verfasser bringt in seinen Versuchen den Nachweis, dafs man durch die Einverleibung keimfreier Bakterienkulturfiltrate bei weifsen Mäusen hämorrhagische Dermatosen, Schleimhaut- und Gewebsblutungen erzeugen kann. Die benutzten Gifte stammten aus Glykosebouillonkulturen typischer Stämme des Diplococcus pneumoniae und Streptococcus mucosus. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Traumatische Entzündungen.

Behandlung der durch Röntgenstrahlen entstehenden Dermatitis, von H. G. Nicholson-London. (*Brit. med. Journ.* 3. Nov. 1906.) Bei einem Patienten mit warzigen Wucherungen an der Hand erzielte Verfasser ein gutes Resultat durch Einpudern mit Jodol. Der Betreffende hatte ein Jahr zuvor wegen Röntgenstrahlen-Dermatitis mit Ulcerationen sich den Mittelfinger amputieren lassen müssen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung der Röntgendermatitiden, von Foveau-Courmelles. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 50.) F. empfiehlt, um Verbrennungen bei Röntgenbestrahlungen zu vermeiden, zwischen Patienten und Röhre stets eine gut isolierte Aluminiumplatte einzuschieben und die Strahlen immer nur in mäfsigen Mengen zu applizieren; er hat bei solchem Vorgehen niemals eine Röntgendermatitis beobachtet. Die Ansicht, dafs nur sehr intensive Bestrahlungen Nutzen bringen können, ist falsch; es genügen stets mäfsige, häufig wiederholte Bestrahlungen. Übrigens ist eine genaue Messung der Röntgenstrahlen zurzeit noch nicht möglich; die bisher angegebenen Mefsmethoden sind nach F. wertlos. — Zur Behandlung der Röntgenverbrennungen eignet sich am besten die Elektrizität. Das einfachste Verfahren ist die „Voltaisierung“: man legt auf die Wunde eine Silberplatte und in einiger Entfernung eine Zinkplatte auf, es entsteht dann dank den Hautsekreten eine Art Voltascher Säule, unter deren Einflufs die Wunden rasch heilen. Besser noch wirken die statische Elektrizität und die Hochfrequenzströme; bei Anwendung der letzteren dürfen jedoch keine Funken aus den kranken Partien hervorgezogen werden. Harris-Sydney reibt Röntgenverbrennungen an den Händen zuerst täglich, später seltener mit Schmirgelpapier ab und exzidiert dann die Wucherungen und Geschwüre; er will damit gute Resultate erzielt haben. Barjon und Nogier brachten sieben Fälle von Röntgendermatitis ersten Grades zur Heilung durch Auflegen einer Gallerte, die aus Agar-Agar 1,25, Glycerin, Zincum oxydatum āā 10,0, Aqua 100,0 besteht. *Götz-München.*

Behandlung der Brandwunden, von Paul Reclus. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 46.) R. weist unter anderem darauf hin, dafs viele Brandwunden schon durch die Einwirkung einer Temperatur von 100° und darüber aseptisch gemacht sind und daher einer Desinfektion nicht bedürfen, wenn sie nicht nachträglich durch irgend-

welche Berührungen verunreinigt worden sind. — Zur Applikation auf Brandwunden empfiehlt R. seine viel gerühmte und viel angewandte antiseptische und schmerzstillende Salbe von folgender Zusammensetzung:

Antipyrin	5,0
Jodoform (oder *Jodol.*)	1,0
Acid. carbolic.	1,0
Salol	3,0
Acid. boric.	3,0
Sublimat	0,1
Vaselin	200,0 (—300,0—400,0 bei sehr ausgedehnten Wunden).

Die Salbe wird auf aseptische Leinwand gestrichen aufgelegt, darüber kommt Watte und ein einfacher, leicht komprimierender Bindenverband. Das Ganze wird nur selten erneuert, im allgemeinen nur, wenn der Verband übel riecht, wenn Temperatursteigerung auftritt, wenn der Patient Schmerzen hat oder wenn die Watte von seröser Flüssigkeit durchtränkt ist; zur Abnahme wird die verletzte Partie in Wasserstoffsuperoxydlösung gebracht oder damit angefeuchtet. Bei sehr empfindlichen Personen oder bei ungewöhnlich schmerzhaften Verbrennungen wird der Salbe 1—2% Orthoform zugesetzt, der Verband mufs dann aber täglich gewechselt werden.

Götz-München.

Die Behandlung von Brandwunden, von Haldor Sneve-St. Paul. (*Journ. of the Minnesota State med. assoc.* 1. Juli 1906.) Verfasser verwirft in erster Linie bei Behandlung von Brandwunden die feuchten Verbände, welche nur die Entwicklung von Bakterien begünstigten, und tritt warm für die offene (Sonnen- und Luft-) Behandlung ein, bei welcher die Infektionsgefahr gleich Null sei. Er hat auch gleichzeitig mit dieser Methode und mit Salben Wunden behandelt und gefunden, dafs bei ersterer die Heilung viel rascher vor sich geht und die Narben viel glatter und schöner werden. Alle Blasen müssen geöffnet, mit physiologischer Kochsalzlösung gereinigt, auch Krusten müssen entfernt und der Körper sowie die Extremitäten möglichst früh bewegt werden, um die Funktionen zu erhalten.

In der Diskussion, die sich an diesen Vortrag (gehalten vor Minnesota State medical association) anschlofs, stimmten beinahe alle Redner darin überein, wie schwierig oft die Heilung ausgedehnter Brandwunden sich gestalte und wie schädlich hierbei besonders feuchte Verbände seien; bei nächster Gelegenheit würden sie die offene Behandlung ebenfalls versuchen. *Stern-München.*

Zur pathologischen Histologie der inneren Organe beim Verbrennungstod, von R. Polland-Graz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 8.) Ähnlich wie Pfeiffer stellte Verfasser Untersuchungen an in der Narkose verbrühten Tieren an, um die Veränderungen in den inneren Organen festzustellen. Seine Befunde passen gut zu denen Pfeiffers. Zunächst macht sich bald nach dem Tode die Wirkung des giftigen Harns geltend, wodurch zuerst die Niere in Mitleidenschaft gezogen wird, in welcher man degenerative Veränderungen auch bei jenen Tieren findet, bei denen es sonst noch zu keinen weiteren Erscheinungen gekommen war. Später kommt es zu einer Anreicherung des toxischen Prozesses, es kommt dazu die Giftwirkung des Serums und eine allgemeine Kachexie, deren eine Folge die Degeneration der parenchymatösen Organe und des Herzens ist. Die sich allmählich steigernde Toxizität des Serums führt schliefslich zu nekrotisierenden Prozessen und Hämorrhagien im Darmtrakt, die sich als Entzündung und Geschwürsbildung äufsern. Eine starke Wirkung übt das Verbrennungsgift auf das Zentralnervensystem aus, wobei auf ein anfängliches Reiz-

stadium Lähmung und schliefslich der Tod erfolgt. Diese Beteiligung des Nervensystems kommt aber im histologischen Bilde nicht zum Ausdruck.

Bernhard Schulze-Kiel.

Weitere experimentelle Beiträge zur Ätiologie des primären Verbrühungstodes, von Hermann Pfeiffer-Graz. (*Wien. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 8.) Verfasser hat 90 Tierversuche exakt durchgearbeitet und verfügt aufserdem über drei Einzelerfahrungen am Menschen. Die Ansichten über die Ursachen des Verbrühungstodes sind noch sehr verschieden, einige Autoren machen die Blutschädigung, andere den Shock, andere das Auftreten giftiger Produkte im Körper verantwortlich. Die Krankheitserscheinungen der verbrühten Tiere waren folgende: Es kam sofort zu Hämoglobinämie und Methämoglobinurie, die nach 24 Stunden wieder schwanden, um Diarrhoen Platz zu machen, die zum Tode führten, dabei bestand Somnolenz, Reflexsteigerung. An der Schleimhaut des Magendarmtraktus fanden sich oft zahllose ecchymotische Geschwürsbildungen. Verfasser tritt für eine Autointoxikation beim Verbrühungstode ein. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Behandlung des eingewachsenen Zehennagels, von Gerald B. Webb-Colorado Springs. (*Journ. amer. med. assoc.* 16. März 1907.) Unter den Nagel wird ein Silberdraht geschoben, der aufsen längs beiden Nagelfalzen verläuft und auf dem Zehenrücken zwischen Heftpflasterstreifen festgelegt wird. *Schourp-Danzig.*

Dir Ursache der Dermatitis bei Uncinariasis, von Claude A. Smith-Atlante. (*Journ. amer. med. assoc.* 1906. Bd. 47. Nr. 21.) Um die Möglichkeit einer reizenden Absonderung der Uncinarialarven festzustellen, verschaffte sich Smith einen alkoholischen Extrakt der Larven und brachte ihn auf die Haut des Handgelenks. Unter Jucken und Bläschenbildung entstand eine Dermatitis, in welcher der Verfasser eine mildere Form derjenigen erblickt, welche die Larven bei ihrem Eindringen in die Haut hervorrufen. *Schourp-Danzig.*

Dermatitis durch ein Butterfärbemittel, von D. Lichty-Rockford. (*Journ. amer. med. assoc.* 1906. II. Nr. 24.) Bericht von einer Dermatitis arteficialis vesiculosa, welche dadurch zu stande kam, dafs der Betroffene eine Kapsel mit Turmerin in seiner Hosentasche zergehen liefs und der Farbstoff durch die Kleidung auf die Haut des Schenkels ätzend wirkte. Das Butterfärbemittel Turmerin enthält Anilin oder Teerkohlenderivate. *Schourp-Danzig.*

Neurotische Entzündungen.

Herpes simplex; seine Diagnose und Prognose bei verschiedenen Infektionskrankheiten, von Jay F. Schamberg. (*Journ. amer. med. assoc.* 2. März 1907.) Zwischen Herpes simplex und Herpes zoster bestehen mannigfache Verschiedenheiten; der erste rezidiviert häufig, der letztere sehr selten. Ein Überwiegen des einen oder anderen zu irgend einer Jahreszeit ist nicht beobachtet. Die meisten Erkrankungen durch beide Leiden fallen in das 10.—30. Lebensjahr. Mit grofser Häufigkeit stellt sich eine Herpeseruption bei Pneumonie, Meningitis cerebrospinalis und Malaria ein. Bei Verwertung des Herpes bei der Diagnose dieser Krankheiten ist die Neigung des Kranken oder seiner Verwandten zu Herpesattaken zu berücksichtigen.

Schourp-Danzig.

Herpes zoster, von Albert Robin. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 34.) R. läfst lokal bei Herpes zoster nur Puder, bestehend aus Amylum 60,0, Zincum oxydatum 15,0 und Camphora 2,0, applizieren; innerlich gibt er zur Linderung der Schmerzen während der Eruptionsperiode täglich ein bis drei Pillen, die je 0,01 Extr. Stramonii, Extr. Hyoscyami und Extr. Belladonnae enthalten. Die Schmerzen nach Ablauf der

Hauterscheinungen werden bekämpft durch Gebrauch eines Pulvers, das 0,3 Pyramidon und 0,5 Chininum muriat. enthält. Aufserdem empfiehlt es sich, an den Schmerzpunkten Antipyrin in 25%iger Lösung subcutan zu injizieren; zwei bis vier solche Einspritzungen genügen sehr oft, um Heilung herbeizuführen; in Fällen aber, in denen sie versagen, wird Natrioglycerophosphat in 25%iger Lösung oder 0,0002—0,0005 Skopolaminbromhydrat injiziert. *Götz-München.*

Über einen Fall von Herpes zoster ophthalmicus bei einem Kinde, von J. M. Rachmaninow-Moskau. (*Arch. f. Kinderheilkde.* 45. Bd. V. u. VI. Heft.) Herpes zoster bei Kindern ist nicht häufig; sehr selten wird Herpes ophthalmicus angetroffen. Millon zählte unter seinen 70 Fällen nur vier Fälle von Herpes zoster ophthalmicus.

Der Fall des Verfassers betraf ein 4½jähriges Mädchen; bemerkenswert ist die ungewöhnliche Länge des Prodromalstadiums: der Bläschenausschlag zeigte sich erst am siebenten Tage nach dem Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen, welche sich durch heftige, neuralgische Schmerzen im Gebiete des Nervus ophthalmicus dokumentierten.

Der Inhalt der Herpesbläschen bestand vorwiegend aus eosinophilen Zellen mit Beimischung von kleineren und gröfseren einkernigen Zellen und mit geringer Anzahl von Erythrocythen. *Schourp-Danzig.*

Herpes zoster auf dem vom zweiten und dritten Trigeminusaste versorgten Gebiete mit ausgedehnter Geschwürsbildung auf der Zunge, von G. Caramano- und E. Guérin-Marseille. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 5.) Bei einem 58jährigen Manne trat auf dem von den Rami supra- und inframaxillaris des linken Trigeminus versorgten Hautgebiete ein Herpes zoster auf; drei Wochen nach dem Beginne der Hauterscheinungen zeigte sich am anderen Drittel der linken Zungenhälfte ein kleines Bläschen, das alsbald ulcerierte; das Geschwür wurde rasch gröfser und verursachte sehr heftige Schmerzen, verheilte aber im Verlaufe von vier Wochen, ohne eine Narbe zu hinterlassen. *Götz-München.*

Die Variationen des Herpes corneae nach den Beobachtungen der Rostocker Augenklinik vom 1. Oktober 1901 bis 1. Oktober 1904 nebst Mitteilung eines durch Facialis-Abducens- und Chordaparese komplizierten Falles von Herpes zoster ophthalmicus, von Johannes Heydemann. (Inaug.-Dissert. Rostock 1904.) *Fritz Loeb-München.*

Malum perforans im Munde, von E. Palasse-Lyon. (*Lyon méd.* 1906. Nr. 40.) Bei einem 56jährigen Tabiker, der mit 25 Jahren luetisch infiziert worden war, fand P. am Oberkiefer, dessen Zähne vor Jahren schon spontan ausgefallen waren) den vorspringenden Alveolarrand vollständig resorbiert und durch eine Rinne ersetzt. An der vordersten Partie der linken Seite des harten Gaumens nahe der Mittellinie waren zwei ovale, gleich grofse, durch eine Schleimhautbrücke getrennte Perforationen, deren gröfster Durchmesser 1 cm mafs; an entsprechender Stelle der rechten Gaumenseite war eine etwas kleinere Perforation zu sehen. In der Umgebung dieser Öffnungen, die mit den Nasenhöhlen kommunizierten, war die Sensibilität der Schleimhaut herabgesetzt; Spuren von Entzündung waren nicht vorhanden. — Es handelte sich zweifellos um die eigentümliche Erscheinung, die von Fournier Mal perforant buccal genannt und bisher nur in ganz seltenen Fällen beobachtet worden ist. *Götz-München.*

Erythema exsudativum multiforme und nodosum der Schleimhaut in ihren Beziehungen zur Syphilis, von G. Trautmann - München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 43.) Tr. weist auf die grofse Ähnlichkeit zwischen Schleimhautsyphiliden und den Schleimhauteffloreszenzen des Erythema exsudativum multiforme und nodosum hin. Erythemknoten auf der Schleimhaut ulcerieren nicht selten und gleichen dann vollständig luetischen Manifestationen; besonders nahe liegt die Ver-

wechslung, wenn durch die Anamnese eine vorausgegangene syphilitische Infektion nachgewiesen wird und gleichzeitig auf der äufseren Haut ein Exanthem sich findet, das durch sein Aussehen und seine Lokalisation ein Syphilid vortäuschen kann, also ein Erythema exsudativum in der papulösen Form oder ein Erythema nodosum an der Tibia. Das Vorkommen der beiden Erythemformen bei Syphilitikern beweist nach Tr. nicht, dafs das Erythem spezifischer Natur ist; es handelt sich seinen Erfahrungen zufolge nur um einen indirekten Zusammenhang in dem Sinne, dafs durch die Lues eine Disposition, ein allgemeiner und lokaler Locus minoris resistentiae geschaffen wird, auf dem das Erythem sich entwickelt; genau das gleiche Verhältnis besteht zwischen dem rezidivierenden Herpes Fourniers und der Syphilis. Diese Affektionen werden daher auch durch Quecksilber nicht beeinflufst. Aufser durch die Lues kann aber auch durch den Gebrauch von Quecksilber die Entstehung von Schleimhauterythemen begünstigt werden. — Tr. schliefst seine Arbeit mit einem kurzen Bericht über sieben Fälle von Erythem der Mund- und Rachenschleimhaut bei Syphilitikern; zumeist fanden sich, vielfach mit erythematösen Erkrankungen, niemals aber mit Syphiliden der äufseren Haut kombiniert, die Erscheinungen des Erythema exsudativum multiforme und des Erythema nodosum, die sich nach Tr. nur durch die Intensität der entzündlichen Exsudation unterscheiden. In allen Fällen trat unter dem Gebrauch von Salicylsäurepräparaten mehr oder weniger rasch Heilung ein.

Götz-München.

Verschiedenes.

Was lehren uns die Bibel, der Talmud und das Evangelium über Lepra und Syphilis, von H. Higier-Warschau. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 8.) Im Gegensatz zu Grünbaum, nach dessen Urteil man unter dem biblischen Namen „Zoraath“ Syphilis zu verstehen hat, kommt Autor unter Anführung einiger konkreter Fälle zu dem Schlufs, dafs keine der angeführten Tatsachen für das Vorhandensein von Syphilis und Lepra im alten Testament und Evangelium spricht.

Schucht-Danzig.

Sachverzeichnis.

Abscefs 68. 195. 263. 266. 294. 297. 301. 376. 377. 388. 520. 595. 596. 627. 630. 636; (Dor) 303; (Sergent) 303; (Lehmann) 483.
— des Nebenhodens (Burshalow) 375.
—, multipler (Lustwerk) 525.
Addisonsche Krankheit s. Morbus Addisonii.
Adenoma bei Tieren (Baumann) 313.
— sebaceum 443; (Reitmann) 186. 360; (Drabkin-Slutzky) 327.
— der Knäueldrüsen (Martini) 327.
Adenomatosis hypertrophica cystoides labiorum minorum vulvae (Selenew) 373.
Adenomyoma 488.
Adenopathie (Boikow) 436.
Adiposis dolorosa (Pinkus) 351; (Reines) 356.
Adrenalin und Nervensystem (Cerone) 523.
Ainhum 365; (Alexander und Donaldson) 311.
Akanthoma adenoides cysticum 443; (Kleintjes) 323; (Shoemaker und Napoleon) 323.
Akanthosis nigricans (Bogrow) 358.
Akne 84. 140. 145. 189. 192. 239. 268. 362. 395. 438. 590. 592. 596. 639; (Reitmann) 357.
— cachecticorum s. Folliculitis scrophulosorum.
— conglobata (Reitmann) 357.
— rosacea s. Rosacea.
— varioliformis s. Folliculitis varioliformis.
Aknebehandlung (Zeissl) 260; — mit Hyperämie (Welfeld) 474.
Akroasphyxia 3.
Akrodermatitis atrophicans 546; (Ehrmann) 290; (Heuck) 528.
— continua (Metschersky) 301. 307.
Aktinomykosis 315; (Zeisler) 196; (Maratuech) 310; (Mancino) 310; — und Heilung durch Jodkalium (Knox) 310.
Albinismus 111. 166.
Albumen-Nachweis im Harn (Buchner) 496; (Sachs) 496; (Schmiedel) 496; (Senator) 496.
Albuminurie, hämatogene (H. Fox) 494.
—, juvenile physiologische (B. Ullmann) 494.
—, konstitutionelle (H. Richter) 493.
—, orthostatische (Abelmann) 495; (Zickelbach) 495; — und Malaria (Bruas) 495.
—, orthotische (Baginski) 496; (Heubner) 495.
— durch Prostata und Samenblasenerkrankung (Young) 494.
—, Diät bei (H. Stern) 495.
Alopecia 84. 146. 239. 253. 292. 382. 476; (Jessner) 146; (Leiner) 473; (Singer) 442.
— experimentelle 386.
— und Urticaria perstans (Werschinin) 374.
Alopecia areata 235. 365. 519. 590. 591. 592; (Jacquet) 386; —, Nichtkontagiosität der (Butte) 243; (Duguet) 243.
Alopecia atrophica 295.
— totalis (Schmidt) 396.
— praematura und Elektrizität (MacKee) 386.
Anämie 210.
Anetodermia erythematosa 548.
Aneurysma 69.
Angina Ludovici s. Angina pectoris.
Angina pectoris (627); (Lustwerk) 526.
Angioendothelioma cutis s. Sarcoma cutis idiopathicum haemorrhagicum multiplex.
Angiokeratoma 3. 185. 193.
Angioma 432; (Borchard) 318; (Heide) 326; (Morestin) 572; (Timascheff) und Romanow) 328; (Wieczorek) 325; (Wolf) 325.
— -Impfung (Hansen) 327.
— senilis der Lippe (Pasini) 275. 342.
Angioneurosen (Dove) 192; (Török) 573. 641; (Kreibich) 641.
Anhidrosis 145.

Ankylostomalarve-Infektion durch die Haut (Schüffner) 393.
Anthrasol-Bäder, -Waschungen und -Umschläge (Mibelli) 27.
Anthrax 56; (Teacher) 308.
—, Behandlung des mit Äther- und Chloräthyl-Spray (Gattone) 308.
Antipyrin-Exanthem (Degle) 644.
Antrittsvorlesung (Albarran) 370.
Aphthae 270.
Aplasia pilorum s. Monilethrix.
Area Celsi s. Alopecia areata.
Argyrie (Allen) 392.
Arsenexanthem (Solger) 33. 296.
Arteriosklerosis (Ratzeburg) 158; (Remlinger) 158.
Arthritis 69. 241. 249. 560. 561. 596; (Lindner) 645.
Arzneiexanthem 83.
Arzneiresorption durch die Vagina (Menges) 504.
Asphyxia 193. 375. 646.
Asteatosis 145.
Atheroma 146.
Atoxylintoxikation (Brenning) 362.
Atrichia (C. Hoffmann) 395; (Singer) 442.
Atrophia cutis 136. 385. 476; (S. C. Beck) 545; (Dubois-Havenith) 521; — idiopathica 545. 547. 548. 549; (Busch) 36; (Fasal) 188; (Ehrmann) 190. 290; (Arndt) 232; (Kren) 357; (Bach) 384; — circumscripta (Reines) 190.
— cutis maculosa 549. 556. 559; (Boikow) 575.
— und Narben (Nobl) 355.
Autokatheterismus (Duhot) 452.
Azoospermie 298.

Bakterienausscheidung durch die Schweißdrüsen (Wrede) 562; —, experimentelle (Blumenfeld) 564.
Bakteriologie (Lehmann und Neumann) 439.
Bakteriologische Schnellfärbung (Loeffler) 580.
Bakteriurie (Kornfeld) 497.
Balanitis 385. 599.
— und Balanoposthitis nach Euphorbiaceen (Duca) 199.
— erosiva und gangraenosa (Scherber) 474.
Balanoposthitis, experimentelle (Levaditi) 448.
Balsamica (Vieth) 597.
Bazins Krankheit s. Morbus Bazin.
Beriberi 193.
Berichte (Riedel) 441.
Beta-Sulfopyrin (Neumann) 598.
Bilharzia-Krankheit s. Hämaturie.
Blase, ist sie für Bakterien durchgängig? (Vincenzi) 455.
—, Fremdkörper in der (Baldwin) 456; (Gibbs) 473; —, Zertrümmerung der (Grosglik) 77.
Blasendivertikel (Moran) 630.
Blasenekstrophie (Keller) 456.
Blasenektopie (Henking) 456.
Blaseneruptionen 641; — und Autotoxine (Johnston) 138.
—, lokalisierte 192.
Blasenexstirpation (Jaeger) 457.
Blasengeschwülste (Heinrich) 455; (Müller) 455; (Lüders) 456.
Blasenoperation (Colt) 454.
Blasenruptur (Cannaday) 474; (Krueger) 454.
Blasenschleimhautcysten (Suarez) 77.
Blasenschwäche-Behandlung (Robinson) 447.
Blasensteine 498; (Frank) 487; (Huntley) 456; (Lespinasse) 456; (Madelung) 76; (Rothschild) 456.
— durch eine Nadel (Cordier) 364.
— und Röntgenstrahlen (Rothschild) 456.
Blasentumoren ohne Hämaturie (Guizy) 427.
Blastomyceten und Hautkrankheiten (Bogrow und Marzinowski) 359.
— und maligne Tumoren (Sanfelice) 312.
Blastomykosis 196. 359. 521; (Dufour) 523; (Primrose) 310.
—, Reinkultur und Impfversuche (Bowen und Wolbach) 309.
— der Nägel (Selenew) 525.
— generalisata (Christensen und Hectoen) 309.
Blennorrhoea 42. 45. 199. 249. 296. 362. 364. 385. 426. 436. 446. 458. 519. 560. 561. 564. 569. 577. 582. 584. 585. 597. 599. 626. 630. 631; (Sweet) 151; (Malinowski) 203; (Cathelin) 241; (Frank) 296; (de Renaldis) 516; (Jullien) 528; (Kossmann) 530; (Matzenauer) 532; (P. Cohn) 533; (B. Müller) 539.
— -Lehre, Geschichte der (Wodrig) 536.
— und Keratingranula (Jampolski) 579.
—, pathologische Veränderungen bei (Bukowsky) 41. 201.
— -Bakterien (Stanziale) 450.
— -Infektion (Parker) 363.
— -Diagnose (Griffon) 371. 630.
— des Mannes für Ehefrauen (Erb) 530; (Kopp) 530; (Vörner) 530.
—, Schwangerschaft und Geburt (Finley) 365.
— nach der Entbindung (Löwenheim) 568.
— des Weibes (Renault) 538.
— der kleinen Mädchen (Kouvitschinsky) 538.

Blennorrhoea insontium (Kudisch) 298. 437.
— und Syphilis (Quarta) 524.
—, Syphilis und Hemiplegie (Malloizel und Monier) 372.
— in Deutschland (Blaschko) 530.
— des Auges 579; (Wodrig) 536; (Thies) 538; — und Behandlung (Shoemaker) 536; (MacEttles) 536; — — mit organischen Silbersalzen (Darier) 242.
— des Mundes (Hyman) 537.
— der Knochen (Hefter) 527.
— der Niere (Ravogli) 537; — und Behandlung (Johnson) 365.
Blennorrhoebehandlung 78. 636; (Frick) 363; (Sedro) 363; (Neuberger) 423; (Wolburst) 474; (Duhot) 533; (Lüth) 535; (Schindler) 535; (Wiherspoon) 535; (Sondermann) 538; (Renault) 538; (Stock) 538; (Buber) 539; (Gans) 540; (Glenn) 539; (Lion) 568; (Prunac) 541; (B. Müller) 539; (Sellei) 539; (Regenspurger) 539; (Wormser) 540; (v. Zeissl) 539; (Borzecki) 565; —, innere (Coblenzer) 75; (de Meric) 541; (Friedländer) 542; (Saalfeld) 542; (Kalley) 542; — mit Balsam (Kaufmann) 540; (Vieth und O. Ehrmann) 541; — mit Santyl (Lanz) 541; — mit Gonosan (Maramaldi) 541; (Riess) 542; (Reiner) 542; (Renault) 542; —, antiseptische (P. Neisser) 569; — mit Hetralin (Schweitzer) 542; — mit Cystopurin (Bergell) 542; (Loose) 543; — mit Arhovin (Ganz) 543; (Hernfeld) 543; — Verband zur (Schnittkind) 435.
Blennorrhoeprophylaxis (Bergmann) 538; (Sondermann) 538; (Thies) 538.
Blennorrhoische Allgemeininfektion (Siebert) 529.
— Arthritis 362. 596. 634; (Hefter) 527; (Dedjurin) 435; (Wiherspoon) 535; (Nathan) 535; (Wodrig) 536; — und Sublimat (Guyot) 536.
— Cystitis 537.
— Endocarditis (Külbs) 537.
— Entzündung (Oppenheim) 186.
— Epididymitis 152. 635. 636; (Müller und Oppenheim) 295; (Jordan) 374; (Belfield) 483; (Duhot) 533; (Nobl) 533; (Schindler) 535.
— — und Antigonococcusserum (Swinburne) 484.
— Fistel des Präputiums (Hallopeau und Boudet) 573.
— Folliculitis fibrosa urethrae (Sellei) 297. 450.
— Tendovaginitis (Dedjurin) 435.
— Telalgia chronica (Endokimow) 526.
— Peritonitis im Wochenbett (Leopold) 537.
— Phosphaturie (Oppenheim) 353.
Blennorrhoische Prostatitis (Chute) 365; (Lüth) 535.
— Strikturen (Pasteau und Iselin) 368; — des Rektums (Arnaud) 270.
— Urethritis 363; (Pillet) 533; — bei einem Kinde (Rothmann) 377; —, Gelenkaffektionen, Lymphangitis und Abscefs (Sodwinski) 377.
Blennorrhoischer Rheumatismus (Eudokimow) 376; (Robin) 426.
— Eiter (Sprecher) 470; (Posner) 532; (Neuberger) 570.
Bornyval (Lubowski) 237.
Botryomykosis 303; (v. Krzysztalowicz) 601.
Bromhidrosis 365; — axillarum (Leredde) 392.
Bromidrosis 365.
Bromoderma 197. 251; — Histopathologie des (Engman und Mook) 195; — des Säuglings (Leiner) 364.
Bubonen 42. 519.
Bubonenbehandlung 636; (Stenczel) 264; — mit konzentrierter Karbolsäure (Wolff) 265; — mit Röntgenstrahlen (Herxheimer und Hübner) 265; — mit Stauungshyperämie (Tschlenow) 74; (Alth und Huber) 264; (Joseph) 264; (Moses) 264.

Callus 146.
Cancroid 386. 432; (Morelle) 528; — und Radium (Boikow) 375.
Canities 146. 181; — frühzeitige der Cilien, plötzliche (Vogt) 381.
Caraté oder Karaté (Pospélow) 373.
Carcinoma 35. 78. 99. 148. 151. 187. 189. 197. 242. 363. 366. 385. 386. 431. 432. 434. 436. 491. 503. 522. 567. 574. 578; (Haslund) 140; (Duhot) 150; (Kudisch) 433.
— nach Arsenik (Schamberg) 238.
— -Klassifizierung (Morelle) 522.
— experimentelles (B. Fischer) 312.
— und Spirochäten (Friedenthal) 582.
— und Protozoen (Clarke) 94.
— und Pseudoparasiten (Grünbaum) 314.
— bei Tieren (Baumann) 313.
— im Kanton Bern (Kolb) 314.
— und pigmentiertes Naevocarcinom (Reines) 314.
und Syphilis (Franceschini) 38; (Montgomery und Sherman) 198; (Morestin) 572; — der Nase (Smirjagin) 435.
— faciei 315; (Sokolow) 358; (Dubois-Havenith) 521; (Morelle) 522; (Morestin) 572; — multiplex (Coenen) 314; — und Radium (Sokolow) 73.
— der Nase (Kellner) 315.
— der Lippe (Birke) 315.

Carcinoma der Mundschleimhaut (Thomas) 315.
— der Zunge und Syphilis (Montgomery und Sherman) 198.
— der Extremitäten (Berger) 316.
— des Handrückens (Dufour) 521.
— mammae (Zumbusch) 186; (Kyrle) 187. 360; (Malinowski) 243. 329.
— der Blase 427; (Stoerck und Zuckerkandl) 298; (Henking) 456; (Keller) 456.
— des Ureters (Vorpahl) 492.
— der Clitoris (Schleiff) 504.
— der Vagina (Duplay) 502.
— beider Ovarien (Mangeldorf) 319.
— der Prostata (Baumgarten) 316; (Hallopeau) 485; — und Prostatahypertrophie (Bérard) 487; (Goldberg) 487; (Motz und Majewski) 628; (Rochet und Thévenot) 630; — Behandlung des (J. Fournier) 485; — — und Frühdiagnose (Fürstenheim) 486.
Carcinombehandlung (Robinson) 138. 396; (Manolescu) 316; (Hopkins) 474.
— mit Cancroïn (Adamkiewicz) 145.
— mit Abtragung und Transplantation (Morestin) 572.
— mit Radium (Sokolow) 358; (Robinson) 396.
— mit Röntgenstrahlen (Kanitz) 142; (Ganthier und Duvoux) 315; (Huber) 315; (Coriat) 316; (Leredde) 316. 573; (Dunham) 362; (Robinson) 396; — — Histologie bei (Marschalko) 568.
— mit einer Mischung der Toxine von Erysipel und Bacillus prodigiosus 318.
— am inneren Augenwinkel (Nicolas) 316.
Cellume épithelial éruptif 141.
Cheilitis exfoliativa (Selenew) 373.
Chemiker-Praxis (Elsner) 527.
Chininintoxikation (Kirejew) 644; (Korybut) 644.
Chloasma 146. 188.
Chylurie (Salkowski) 497.
Circumcision (Barr) 474.
Clavus 146.
Clitoris, Nervenausbreitung in der (Worthmann) 502.
Copaivaharn (Berthoud) 492.
Cornu cutaneum 324; (Bizièrer) 324.
Cowperitis blennorrhagica s. Blennorrhoea.
Crystallina (Mirolubow) 268.
Cutis laxa 514.
Cutis marmorata 188.
Cyanose, idiopathische (West und Clarke) 642.
Cystadenoma 373; (Mangelsdorf) 319; — papilliferum (Walko) 327.
Cysten (Klein) 323; — traumatische (Dubreuilh) 240.
Cystitis 42. 446. 485. 489. 497. 498. 597 599; (Dixon) 364.
— nach Katheterisierung (Ottfried) 457.
— nach Operationen (Guyon) 457.
— cystica, experimentelle (Giani) 457.
Cystitisbehandlung (Ehrmann) 457; Boss) 458; (Hochheim) 458; — mit Alkohol (Sellei) 458.
— der Prostatiker und Gonosan (Keil) 191.
— — und Santyl 516.
— glandularis (Störck und Zuckerkandl) 298.
Cystoskop, Nitzesches in der luftgefüllten Blase der Frau (Stoeckel) 298.
Cystoskope zur Spülung (Ringler) 297.
Cystoskopie-Stativ (Frank) 437.
Cystopurin (Loose) 599; (Bergell) 599.

Dekubitalgeschwür (Nobl) 355.
Dementia paralytica s. Paralysis progressiva.
Denge 193.
Depigmentierung, circumskripte (Arndt) 625.
Dercumsche Krankheit s. Adiposis dolorosa.
Dermatitis 195. 235. 260. 589. 591.
— exfoliativa 138. 545. 598; — neonatorum (Baker) 254; — durch Primula obconica (Nobl) 293.
— herpetiformis s. Hydroa.
— vacciniformis 251.
— vegetans 197; (Corlett) 139; (Gottheil) 197.
— durch Butterfärbemittel (Lichty) 650.
— bei Uncinariasis (Smith) 650.
Dermatologie, Geschichte der in Edinburg (Walker) 162.
Dermatologie pratique (Brocq) 82.
—, Stellung der (Walker) 137.
Dermatologische Universitätsklinik (Campana) 524.
Dermatoneurosen 83.
Dhobie (Strong) 362.
Diabetes 193. 499. 500. 625.
— und Malaria (McKane) 474.
— insipidus (Papissow) 374.
— mellitus 499.
Diagnose, Fälle zur (Licharew) 358; (Asselbergs) 521. 523; (Dubois-Havenith) 521; (v. Zumbusch) 523.
— -Verbesserung (Mace) 474.
Diagnostisches Hilfsmittel (Jullien) 270.
Diplegia facialis, infektiöse (Enke) 161.
Druckfehlerberichtigung 216.
Duhringsche Krankheit s. Hydroa.
Dymal (Linke) 599.
Dyschromia 84.

Echinococcus der Orbita (Barabaschew) 298. 436.
Ekthyma 588; (Terebinski) 437. 438. 575.
— cachecticum 109.
— gangraenosum (Kren) 357.
— mycoticum (Selenew) 525.
Ektogan (Friedländer) 599.
Ekzema 83. 184. 186. 193. 197. 223. 234. 236. 239. 240. 242. 256. 260. 288. 290. 293. 294. 355. 357. 363. 364. 390. 395. 426. 427. 428. 470. 521. 545. 546. 558. 574. 587. 589. 590. 591. 592. 599. 625. 627. 628. 634. 637. 638. 640; (Chambers) 140; (Johnston) 252; (Csillag) 253; (Ehrmann) 290. 528; (Kren) 292.
—, Halsdrüsen und Knochenkaries (Reitmann) 357.
— mit Keratosis palmaris et plantaris (Balzer und Merle) 572.
— und Scabies (Alessandrini) 524.
— der Säuglinge (Variot) 253; — intertrigo, Behandlung des (Fürst) 254.
— des Auges bei Kindern (Krauss) 254.
— cruris lichenoides (Spiegler) 191.
— flanellaire (Weidenfeld) 356.
— marginatum (Oppenheim) 356.
— pruriginosum 236. 588.
— seborrhoicum 236. 239. 295. 428. 591. 592. 639; (Darier) 239; (Chipman) 253; — und Leukoderma (Jesionek) 216.
Ekzembehandlung 525. 639; (Rockstroh) 390; — mit strahlender Wärme (Tóth) 254.
Elektrizität 325. 430. 450. 587. 648; (Petit) 79; (Courmelles) 242; (Mac Kee) 386; (Kahane) 391; (Philippson) 569; (Redard und Barret) 324; (Kapp) 642.
Elektrophorese (Baum) 563.
Elephantiasis und Pseudo-Elephantiasis (Frugiuele) 304.
— von Penis und Skrotum (Ravogli) 425.
— recti (Bruhns) 626.
— lymphangiektatica (Pick) 186.
— teleangiektodes (Heide) 326.
Emphysema cutis, experimentelles (Pregowski) 393.
Endarteriitis 288.
Endocarditis infectiosa 193.
Endoskopröhre und -Messer (Bierhoff) 448.
Endothelioma 189. 578; — multiples, der Kopfhaut (Haslund) 33.
— cysticum cutaneum (Delfino) 328.
Enuresis s. Incontinentia urinae.
Epheliden 146. 432. 476.
Epidermolysis bullosa 138; (Williams) 194; — hereditaria (Nobl) 188; (Barannikow) 433; — — und Raynaudsche Krankheit (Linser) 568.
Epithelioma s. Carcinoma.
— adenoides cysticum s. Akanthoma adenoides cysticum.
— contagiosum 94; (Zumbusch) 188; (Thibierge) 322; — der Taube (Loewenthal) 322.
— fibrosum 146.
— sebaceum penis (Ducos) 317.
Epitheliomatosis pigmentaris 476.
Epithelschlauch, bräunlicher (Oppenheim) 296.
Ernteausschlag s. Erythema autumnale.
Erysipelas 68. 255. 366. 385. 388. 426. 518. 585. 599. 636; (Stocker) 303; (Coley) 318.
— im deutschen Heere (Tollkühn) 304.
— und Herzkrankheiten (Nourry) 305.
— faciei (Fauveau) 304.
Erysipelbehandlung (Blair) 363; — mit Jothion und Chinin (Krzyszkowski) 304; — mit Thigenol (Scherbakow) 525.
Erysipeloid 187.
Erythema 78. 83. 193. 215. 270. 395. 427. 435. 476. 546. 589. 591. 641; (Finger) 187.
— autumnale Thresh) 394.
— bullosum vegetans 197. 223. 224. 338. 429; (Winfield) 238. 424; — benignus (Ferrand) 571.
— circinatum (Bloch) 367; — et iris (Bonnet) 645.
— circumscriptum 192.
— exsudativum multiforme 138. 193. 352. 428. 429. 434; (Kren) 186. 357; — der Schleimhaut und Syphilis (Trautmann) 651.
— gyratum menstruale (Brings) 645.
— induratum 3. 17. 193. 320. 367; (Kraus) 305; (Nobl) 352.
— keratoides 193.
— marginatum aberrans (Marfan und Lemaire) 643.
— nodosum 428; — der Schleimhaut und Syphilis (Trautmann) 651.
— perstans 136.
— polymorphum s. Erythema exsudativum multiforme.
— scarlatiniforme (Beard und Barlow) 255; (Aronstam) 570; — rezidivierendes (Dubreuilh) 572.
— toxicum (Oppenheim) 355.
Erythembehandlung bei Säuglingen (Fürst) 254.
Erythrasma 362.
Erythrodermie (Roscher) 624.
— mycosique s. Mykosis.
— pityriasique en plaques disseminées s. Ekzema.
Erythromelalgie 192. 587.
Erythromelie 546.
Exanthem, hämorrhagisches, mit Allgemeinerscheinungen (Baermann) 563.
— papulo-pustulöses (Mucha) 295.

Favus 34. 235. 259. 524. 528, 591. 592.
—, Histologie (Gallia) 430.
Favusbehandlung (Einis) 311; — mit Röntgenstrahlen (Huber) 260.
Festschrift Neisser 562.
Feigwarze s. Kondyloma.
Fibroma 187; (Metscherski) 514.
—, weiche (Serenin) 514.
— molluscum (Gallant und Smith) 364.
Fistel 297. 298. 316. 369. 370. 378. 446. 567. 573. 589. 604; — angeborene (Goldflam) 600.
Flaschenspritze (Bernstein) 504.
Fliegenkrankheit s. Myiasis.
Folliclis 185. 423; (Hollstein) 351.
Follikulitis 239. 564.
— agminée 610.
— decalvans 289; (Mucha) 295.
— exulcerans serpiginosa nasi (Giutillo) 373.
— skleroticans (Samberger) 359.
— varioliformis (Weidenfeld) 356.
— scrophulosorum 423; (Müller) 185; (Pick) 186; (Lesseliers) 198; (Kren) 292; (Ehrmann) 356; (Weidenfeld) 352; (Reitmann) 357; Riecke) 377; (Roscher) 624; — und Syphilis (Renault) 572.
Follikulitisbehandlung (Zeissl) 260; — mit Resorcin (Belgodère) 260.
Formamint (Daus) 599; (Rheinboldt) 600; (Seifert) 632.
Formikationen (Erben) 587.
Framboesia 365. 627; (MacLennan) 309.
Frostbeulen s. Perniosis.
Fürsorgeerziehung (Hammer) 76. 299. 517. 628.
Furunkulosis 240. 362. 524. 590. 592. 595. 596. 631.
— und Pyämie (Zembrzuski) 266.
— -Lokalisation (Hirsch) 266.
Furunkelbehandlung (Enderlen) 266; — abortive (Vikentiev) 40.
— mit konzentrierter Karbolsäure (Wolff) 265.

Gangraena 109. 263. 357. 473. 474. 569. 626. 636. 646.
— des Präputiums (Malloizel und Monier) 372.
— angiopathica (Dedjurin) 375.
Gasphlegmone (Rothfuchs) 267; — nach Perforation eines Divertikels (Khautz) 266.
Geleitworte (Sternthal) 471.
Gelenkaffektionen und Natrium salicylicum (Stockmann) 50.
Genufsmittel — Genufsgifte? (Röttger) 204.
Geschlechtskranke Schwangere, Fürsorge für (Buschke) 585.
Geschlechtskrankheiten (Lesser) 438.
Geschlechtskrankheitenbehandlung (Ledermann) 576; — ohne Quecksilber (Hermann) 42.
Geschlechtskrankheitenbekämpfung (Selenew) 375; (Butte) 427; (Graeser) 471; (Feistmantel) 584; — durch die Krankenkassen (Ledermann) 110; — Geschichte der (Kroner) 472; (Blokusewski) 237. 628.
—, Schutzmittel gegen (Grosse) 236. 299. 585.
Geschlechtsorgane, Flora der (Karwacky) 41. 202.
Geschlechtstrieb und Geschlechtsleben (Rohleder) 440.
Geschwülste s. Tumoren.
Gewerbliche Infektionen (Monté) 64.
Gletscherbrand 146.
Glossitis depapillans s. Syphilitische Glossitis.
— saturnina (Joseph) 362.
Glycogen in der Haut (Brunner) 366.
Glykosurie, experimentelle (MacLeod und Briggs) 500; (Detre) 501; (Kalmus) 501.
— durch Abkühlung 500.
— nach Frakturen (Kujetzny) 501.
— bei Graviden (Hynitzsch) 501.
— bei Quecksilberkuren (Mendelsson) 499. 500.
— bei Zentralnervenkrankheiten (Ohnacker) 501.
Gonokokken und Meningokokken (Zupsick) 582.
— -Untersuchung (v. Wahl) 532; (Picker) 582.
— -Schnellfärbung (Loeffler) 580.
— -Nährböden (Paldrock) 376.
Gonokokkenserum (Vannod) 583.
Goutte militaire s. Blennorrhoische Urethritis.
Granuloma pudendi (MacLennan) 309; (Wise) 502.
Granulome, infektiöse (Breakey) 519.
Granulosis rubra nasi (Mirolubow) 268.
Gumma 38 84. 85, 89. 93. 99. 100. 101. 109. 147. 150. 152. 153. 155. 206. 240. 245. 249. 252. 293. 294. 366. 374. 376. 433. 519. 522. 562. 635; (Müller) 353; (Fouquet) 631.
—, Kontagiosität des (Williams) 250.
— im Frühstadium (Praetorius) 148.
— des Auges (Fodéré) 161.
— des Herzens (Keith und Miller) 250.
— des Hirns (Domanski) 160; (Jacob) 160.
— der Mandel (Laffout) 372.
— -Narben (Reines) 190.

Gummöse Cavernitis (Miropolski) 374.
— Deformation (Frolow) 375; (Sobinski) 434.
— Keratitis (Frank) 153.
Gundu 365.

Haarkrankheiten, parasitäre (Bormann) 34.
— und Radiotherapie (Kienböck) 235.
Haarschwund s. Alopecia.
Haarveränderungen nach Röntgenisation (Bogrow) 515.
Haarverletzungen (Heinecker) 587.
Haemangioendothelioma (Mannel) 327.
Hämatodermitiden (Kanitz) 217.
Hämaturia (Petroff) 236; (Taddei) 426; (Goebel) 296; (Guizy) 427; (Lowen) 498.
—, Semiologie der (Cathelin) 497.
— endemica (Stock) 497.
— der Phthisiker (Teichmann) 498.
Hämoglobinurie (Brem) 498.
Hämophilie 644.
Hämorrhagien bei Neugeborenen (Clanham) 644.
— durch Bakteriengifte (Heyrovsky) 648.
Hämorrhoidenbehandlung (Riedinger) 384.
Halsbakterien (Ruediger) 46.
Harnblase s. Blase.
Harnkonkremente und X-Strahlen (Shenton) 492.
Harnkrankheit und Kokainöl (Bonneau) 426.
Harnorgane, Bakteriologie der (Suter) 444.
Harnröhre s. Urethra.
Harnsäureausscheidung (Emil Hoffmann) 493.
Harnsediment (Lapinski) 492; (Richartz) 492.
Harnstauung nach der Niere (Geigel) 493.
Harnsteine 492; (Shenton) 492.
Harnverhaltung (Howe) 491.
Harnwege, Krankheiten der (Albarran) 444; — Chirurgie und Spinalanästhesie durch Amyl. hydrochlor. (Babcock) 365.
Haut, Lackieren der (Ricciardini) 589.
— und Wärme (Hesse) 589.
Hautentzündung, hämatogene (Török) 573. 641; (Kreibich) 641.
Hauthistopathologie (Ehrmann und Pick) 204.
Hauthorn s. Cornu cutaneum.
Haut- und Geschlechtskrankheiten (Lesser) 438.
Hautkrankheit, gichtische (Lindner) 645.
—, schwere (Heubner) 109.
Hautkrankheiten (Galewsky) 41; (Mraček) 377. 528.
Hautkrankheiten in Westafrika (Wellmann) 365.
— und Blut (Houston und Rankin) 140; (Minassian) 427.
— und Genitalien (Schein) 587.
— und Nervensystem (Leredde) 427; (Gayer) 566.
— und Angioneurosen usw. (Dove) 192.
— mit Vegetationen (Pusey) 197.
—, kosmetische (Jessner) 145.
—, reflektorische (Bettmann) 564.
—, strichförmige (Fischel und Blaschko) 32.
Hautkrankheitenbehandlung (Mc Gowan) 365; (Ledermann) 576.
— mit Milch (Bulkley) 189.
— mit Ichthyolbädern (Du Bois) 634.
— mit Seife (Schwarz) 639.
— mit Karbolsäure (Krösing) 567.
— mit Stauungshyperämie (Pospélow) 74.
— mit Lumbalpunktion (Ravaut) 588.
—, opsonische (Pernet und Bunch) 191.
— bei Kindern (L. Fischer) 364.
— -Sanatorium aus uralter Zeit (Brandt) 565.
Hautmißbildung, narbenartige, bei Mutter und Kind (Fruhinsholz) 476.
Hautrötung und Nebennieren (Focà) 643.
Hautsekrete, fettige (Siebert) 142.
Hautwachstumsstillstand (Schein) 586.
Heißluftkauterisation (Holländer) 594.
Hemiplegie 474; (Malloizel und Monier) 372.
Herpes 193. 223. 270. 385. 564. 599. 652; (Schamberg) 650.
— corneae (Heydemann) 651.
— tonsurans s. Trichophytia.
Herpes zoster s. Zoster.
Hidradenoma 141.
— eruptivum s. Naevus cystepitheliomatosus disseminatus.
Hidrocystome, experimentelle (Schidachi) 233.
Hodenabscesse (Thaly) 483.
Hodenchirurgie (Forgue) 482; (Duménil) 483; — beim Kinde (Leuthreau) 482.
Hodenektopie und maligne Geschwülste (Burgaud) 483; (Tuder) 483.
Hodennekrose mit hämorrhagischem Infarkt (Lehmann) 483.
Hodenserosa, freie organische Körper in den (Coletti) 482.
Hodentumor (Rolfe) 483.
Hodenverlagerung (Kirmisson) 482.
Holzphlegmone (Narich) 266.
Homosexualität 479; (Hirschfeld) 43.
Hôpital Saint Louis, einzelne Krankheitsfälle (Malloizel und Monier) 372.
Hornsubstanz (Unna und Golodetz 339. 459.
Hydrargyrum benzoatum (Desmoulière) 302.

Hydrargürum lacticum (Desmoulière) 241; (Levy-Bing) 241.
— praecipitatum album multiforme (Vörner) 634.
Hydroa 138. 188. 223. 224. 229. 236. 302. 307. 308. 366. 367. 427. 428. 429; (Arndt) 136; (Gottheil) 197; (Müller) 352; (Scherber) 290; (Müller) 352; (Fischel) 625.
Hydrocele 69. 295.
Hydronephrose 491.
Hyperchlorurie (Bignon) 498.
Hyperhidrosis 145. 193. 233. 239. 258. 290. 599.
— axillarum (Seitz) 391; (Leredde) 392.
— pedis (Bethke) 392; (Fischer) 392.
— und Elektrizität (Kahane) 391.
— und Vestosol (Saalfeld) 391.
Hyperpigmentation 146; — artefizielle (E. Spitzer) 187.
Hypertrichosis 146. 235. 239. 442.
— congenita (Leiner) 187.
— familiaris (Baer) 563.
Hypospadie und Phimose (Klindt) 448.

Ichthyosis 83. 145. 193. 476.
— mit Blasen (Hallopeau) 573.
— congenita (Brandweiner) 259.
— hystrix diffusa (Eudokimow) 433; — striata bullosa (Smirjagin) 433.
— nitida 272.
— und Uviollicht (Axmann) 627.
Ichthyotische Hautpartie, transplantierte (Eitner) 271.
Ikonographia dermatologica (Neisser und Jacobi) 528.
Ikterus 586. 625; (Bayet) 521; (Thomson) 521.
— epidemicus (Wolferz) 392.
Impetigo 599.
— contagiosa s. Impetigo vulgaris.
— herpetiformis 302. 308.
— staphylogenes 364.
— vulgaris 188; (Bender) 564.
Impotentia und Behandlung (Schweitzer) 76; (Dammann) 481; (Steiner) 482; — mit Yohimbin (Topp) 481; (Strübell) 640.
Incontinentia urinae 297. 449; (Kühner) 446; — Behandlung der (Peterson) 446; (Vietinghoff) 447; — — suggestive (Delius) 447.
Induratio penis plastica (Neumark) 449; (Waelsch) 449.
Infektionskrankheiten (Rénon) 585.
Infektionswege im Organismus (Feistmantel) 585.
Initialsklerose 96. 98. 99. 102. 103. 104. 150. 189. 250. 294. 298. 434. 436. 438. 599. 632. 636; (Knowles) 106; (Sensini) 200.
Initialsklerose, bakteriologischer Befund bei (Casagrandi) 105.
—, Frühdiagnose der (Danziger) 105.
— ohne sekundäre Syphilis (Oltramare) 571.
— ungewöhnliche Lokalisation der (Bogrow) 163.
— extragenitale 191. 372; (Heidingsfeld) 105; (Strominger) 105; (Knowles) 106; (Löb) 106; (Campbell) 107; (Kaesbohrer) 107; (Pacyna) 107; (Rolleston) 107; (Carivenc) 109; (Luisi) 109; (Ledermann) 232; (Bizard und Laffout) 242; (Swersnewski) 248; (Urpani) 289; (Scherber) 291; (Mucha) 295; (Rothmann) 374. 434; (Sawin) 374; (Schnittkind) 374; (Miropolski) 433; (Djatschkow) 434: (Markow) 434; (Lomowitzki) 434; (Milian und Chenet) 520; (Bayet) 522; (Sarubin) 526; (Kudisch) 526; (Danlos und Deroye) 573.
—, multiple (Heidingsfeld) 105; (Kennedy) 105; (Knowles) 248.
— perigenitale (Rudnitzki) 376.
—, sukzessive (Taylor) 139.
—, Frühbehandlung der (Dreyer) 143.
Initialsklerose s. auch Sklerosis redux.
Intertrigo 145. 270. 599.
Jododerma 197. 631; (Rille) 251; (Klingmüller) 528.
—, Histopathologie des (Engman und Mook) 195.
Jothion (Schindler) 635.
Isoform (Heile) 635.
Jucken s. Pruritus.

Karbolsäure, konzentrierte, in der externen Therapie (Wolff) 265.
Karbunkel 595. 596.
Karbunkelbehandlung (Enderlen) 266.
Kastration 385. 441. 446. 593. 604.
Kathetersterilisation (Hottinger und Kollbrunner) 453.
Kathetersterilisator und Behälter (A. Bloch) 544.
Keloid 78. 194. 363. 365. 592. 639; (Serenin) 514.
— spontanes multiples (Zumbusch) 188.
— nach Verbrennung (Redard und Barret) 324; (Steinheil) 324.
— und Elektrizität (Redard und Barret) 324.
Keratingranula in normalen und erkrankten Schleimhäuten (Jampolski) 579.
Keratoangioma (Pospelow) 528.
Keratosen und Exsudationen (Selenew) 375.
Keratosis nach Arsen (Schamberg) 238; (Biach) 259; (Weidenfeld) 291; — und Carcinom (Ullmann) 258.

Keratosis nach Rosacea (Kuntz) 258.
— follikularis (Selenew) 373.
— palmaris et plantaris (Balzer und Merle) 572.
Kerion Celsi (Bonnet) 260.
Kerosis (Darier) 239.
Kondyloma 41. 42. 43. 96. 99. 100. 103. 376. 433.
— accuminatum 366.
—, breites 626. 632.
—, spitzes (Dreyer) 143; — und Spirochäten (Juliusberg) 566.
Kopfhautkrankheiten (Schiele) 381.
Koppsche Krankheit s. Morbilli und Laryngitis stridula.
Kosmetik (Orlowski) 576.
Krankenkassen und Kongresse (Kohn) 470.
Kraurosis vulvae (Spiegler) 191; (Löw) 352; (Jayle) 384. 503; (Leredde und Martial) 430; (v. Linck) 502; (Nonique) 503.
Krebs s. Carcinoma.
Kryptorchismusbehandlung (Fraser) 482.

Lähmung (Schicken) 206.
Laevulosurie und Laevulosenachweis (Jolles) 499.
Larva migrans (Boas) 505. 513.
Lentigo 432.
Lepra 389; (Black) 60.
— in Bibel, Talmud und Evangelium (Higier) 652.
— -Literatur 1906 (Hamann) 373.
— -Zettel (Holländer) 232.
— und Fischnahrung (Hansen) 59. 373.
— bei den Garos in Assam (Ritchie) 373.
— in Argentinien (Smit) 429.
— in der Schweiz (Jadassohn und Bayard) 372.
— am Kap der guten Hoffnung (Black) 58.
— in Neusüdwales (Thompson) 58.
— auf Hawai (Goodhue) 362.
— auf Ösel (Dehio) 59.
— des Auges (Smit) 429.
— maculo-tuberosa (Zumbusch) 186; (Pick) 291.
— tuberosa (Kudisch) 437; — annähernde Heilung (Thompson) 373.
Leprabazillen 59. 60. 291. 362. 429.
Leprabehandlung (Black) 60; (Diesing) 60.
Leprosorium in den Tropen (Römer) 373.
Leukaemia 207. 270. 449. 594; (Finger) 187. 193.
Leukoplasia 307. 315. 385. 503. 504; (Joseph) 262; (Pulvermacher) 262; (Kopp) 567.
— vulvae (Leredde und Martial) 430; (Simoni) 504.
Leukorrhoea 240; —, Diagnostischer Wert der (Gamble) 363.
Lichen 83. 588; (Ehrmann) 528.
— der Vulva (Leredde und Martial) 430.
— albus (v. Zumbusch) 141.
— planus 141. 236. 240. 290. 366. 427. 545; (Arndt) 136; (Heller) 137; (Müller) 185; (Weidenfeld) 291; — der Schleimhaut (Ledermann) 136. 307; — — und Handteller (Strube) 306; — der Handteller und Fufssohlen (Neuberger) 569; — accuminatus 307. 378; (Finger) 357; — moniliformis 528; — sclerosus et atrophicus (F. H. Montgomery und Ormsby) 237; — verrucosus, Histologie des (Polano) 627; — Behandlung (Vörner) 143; — — mit Jod (Gieseler) 307.
— ruber s. Lichen planus.
— scrophulosorum s. Folliculitis scrophulosorum;
— simplex chronicus s. Prurigo.
— spinulosus 291.
— verrucosus 137; — der Kopfhaut (Arndt) 232.
Lichtbehandlung s. Phototherapie.
Lichtbilder (Fordyce) 138.
Liebe, Wesen der (Hirschfeld) 439.
— und Handschrift (Thamm-Kintzel) 517.
Lipoma 146.
— multiplex symmetricum (Eckstein) 321; (Spitzer) 321; — bei Negern (Martin) 322.
— und Röntgenstrahlen (Barjon) 79.
Lipomatosis, schmerzhafte, s. Adiposis dolorosa.
Lipurie (Keersmaecker) 297.
Lues s. Syphilis.
Luftbad vor 300 Jahren (Hein) 578.
Lupoid (Terebinski) 435.
Lupus 26. 37. 61. 106. 358. 366. 378. 458. 519. 522.
— durch Inokulation (Sprecher) 235; (Reines) 294.
— an Stelle der Vaccination (Williams) 194.
— erythematosus s. Ulerythema centrifugum.
— der oberen Luftwege (Senator) 62.
— mit Tumor (Heim) 86.
— cavi nasi 480.
— conjunktivae 481; (Lundsgaard) 61.
— exulcerans (Brandweiner) 358.
— pernio 3. 185; (Polland) 37; (Kren) 289; (Klingmüller) 566.
— vulgaris 78. 140. 192. 235. 291. 434. 529. 590; (Ullmann) 288; (Shiwult) 514; — disseminatus (Müller) 185; — und Perlsuchttuberkulin (Mucha) 295; — und Ulerythema centrifugum (Spitzer) 476.

Lupusbehandlung 192. 480. 481. 590. 591. 636. 640; (Blaschko usw.) 29; (Chatin) 39; (Lundsgaard) 61; (Evans) 299; (Melvin) 365; (Schultze) 562; — mit ther- und Chloräthyl-Spray (Gattone) 308; — mit Radium und Radioaktivität (Wichmann) 62; — mit Röntgenstrahlen (Heller) 136; (Freund) 189; (Ullmann) 288; (Burdick) 363; (Blaschko) 422; (Lang) 528; — — und Resorcin (Reines) 63; — mit Licht (Blaschko) 422; (Lang) 528; — —, Histologie bei (Jansen und Delbanco) 468; — —, mit Quarzlampe (Schultz) 351; (Kromayer) 625; — mit Elektrizität (Philippson) 569; — mit Tuberkulin (Lespinne) 63; (Bandelier) 63; — chirurgische (Schultze) 63.
Lupusheilstätte (Lang) 528; (Sachs) 529; (Jungmann) 529.
Lymphadenitis 596; — inguinalis 266.
Lymphangioma (Surawitsch) 324.
— capillare xanthelasmoides (Thibierge) 528.
— circumscriptum (Pollitzer) 194; (Schor) 375.
— tuberosum multiplex 141. 517.
Lymphangiektasia 375.
Lymphangiektomia auriculi (Vörner) 324.
Lymphangitis 301. 520. 595. 596.
Lymphcysten, paraurethrale (Schlomann) 492.
Lymphocytämie, angeborene (Schridde) 206.
Lymphocytäre Infiltrate (Buschke) 565.
Lymphogranulomatosis cutis (Grosz) 269.
Lymphoma 316: (Reitmann) 357.

Madurafufs s. Mycetoma.
Makrochilie, scheinbare (Bleibtreu) 600.
Malakoplakie der Harnblase (Zangemeister) 35.
Malaria 193. 436. 569. 588. 644. 645. 650.
— und Albuminurie (Bruas) 495.
— und Diabetes (McKane) 474.
— -Hämoglobinurie (Brem) 498.
Malleus 251.
Malum perforans (Necker) 288; — im Munde (Palasse) 651.
Masern s. Morbilli.
Masturbation 441. 638.
Mastzellen 433; (Schwenter-Trachsler) 579.
Melanodermia 275.
Melanom 475; (Mangelsdorf) 319; (Kuntz) 378.
Methylenblau (Nagelschmidt) 569.
Metritis catarrhalis 78.
Mikrosporie s. Trichophytia durch Mikrosporon.
Mikrosporon (Sabouraud) 475. 571.
Miliaria alba (Mirolubow) 268.
— crystallina s. Crystallina.
— epidemica (Scholz) 51.
— rubra 644.
Milzbrandödem der Augenlider 308.
Milzbrandbehandlung (Lengfellner) 308.
Möller-Barlowsche Krankheit s. Skorbut, infantiler.
Mischgeschwulst (Semjonoff) 313.
Mitin (Jessner) 361.
Molluscum contagiosum s. Epithelioma contagiosum.
Mongolenfleck analoge Stirnflecke (Zappert) 379.
Monilethrix (Hübschmann) 382.
Monotal (Impens) 635; (Hecht) 636.
Morbilli 51. 56. 69. 293. 643.
— und Diphtherie (Hellström) 50; (Strauss) 50.
— und Laryngitis stridula (Condulmer) 50.
— und Typhus abdominalis (Zillie) 50.
— und Koplikscbe Flecke (Bing) 50.
— bei jungen Mädchen in der Charité (Arnaud) 50.
— im Kindesalter mit bucco-pharyngealer Komplikation (Agéon) 50.
Morbus Addisonii 193. 587. 648; (Wölfel) 379; (Short) 379; — Hämatologie des (Colat) 380; — und Lumbarsyndrom (Muzzi) 381; — und Nebennieren (Engelmann) 381.
— Basedowii (R. Freund) 387; (Kornfeld) 387; (Donchin) 586.
— Bazin 193.
— gallicus s. Syphilis.
— Morvan (Sobolew) 374.
— Raynaud 185. 192. 193. 587; (Dedjurin) 375; (Straschimir) 388; (Arning) 562; (Hnatek) 646; (Milne) 646; (Reid) 646; — und Epidermolysis bullosa hereditaria (Linser) 568.
Morphium und Nervensystem (Cerone) 523.
Morphoea s. Sklerodermia.
Morvansche Krankheit s. Morbus Morvan.
Moulagen (Pospélow) 358.
Mycetoma 308.
— in Yemen (Clemow) 310; (Patton) 310.
Myiasis (Smit) 395; — dermatosa (Strauch) 196.
Mykosen (Plaut) 528.
—, hybride und reine (Selenew) 588.
Mykosis (Hallopeau und Deshayes) 573.
— oder Trepanosomiasis faciei (Selenew) 526.
— des Fufses (Bovo) 308.
— flexurarum s. Prurigo.
— fungoides 197. 366. 624. 625; (Müller) 184. 353; (Scherber) 290; — und Röntgenstrahlen (Zumbusch) 186;

(Taylor) 310; (Werther) 311; — —, Histologie (Herxheimer und Hübner) 566.
Myoma cutaneum (Beatty) 194; (Genevois) 324; (Pasini) 614.
Myxödem 193. 363.

Nachruf s. Nekrolog.
Naevus 145. 187. 265. 326. 427. 590. (Kyrle) 295; (Reines) 314.
— bei Tumoren (Boucaud) 395.
— und maligne Degeneration (Hiteff) 395.
— und Nervengebiet (Cheatle) 443.
— anaemicus (Vörner) 143.
—, blauer (Tieche) 474.
— cystepitheliomatosus disseminatus (Pernet) 517.
— faciei symmetricus (Csillag) 443.
— linearis (Selger) 570.
— multiplex (Reitmann) 360.
— papillaris capillitii und Radium (Sokolow) 358.
— pigmentosus 78. 432; (Bohm) 396; — pilosus (Schmidt) 396; — — verrucosus (Brytschew) 374; (Kudisch) 374.
— porokeratodes (Fabry) 235.
— sudoripare 443. 444.
— unius lateris (Fabry) 235; (Roscher) 624.
— vasculosus 78. 432. 443; — faciei (Sokolow) 73; — spontane Heilung (Gorisse) 444.
— verrucosus 443; — linearis ichthyosiformis (Brytschew) 374.
— und Radium (Sokolow) 73; (Schmidt) 396.
Nagel, eingewachsener (Webb) 650.
Nagelkrankheiten 146.
Narbenbehandlung 640.
Nebenhoden, Epithel im (Ikeda) 484.
Nekrolog Frolow (Djatschkow) 575.
— Neumann (Pospélow) 73; (Riehl) 184.
— Otis 296.
Nephritis 365. 446. 447. 494. 537. 598. 633.
— und Hämolyse (Leopold) 497.
Nephroptosie (Robinson) 364.
Neurodermitis 78.
— circumscripta 293.
Neurofibroma (Metscherski) 514; (Serenin) 514; (Bayet) 521.
Neurofibromatosis 322; (Rénon) 320; (Kren) 321; (Pastine) 321; (Quick) 473.
Neuroma multiplex (Darnall) 324.
Neuropathische Entzündungen (Kreitag) 474.
Nieren, Einwirkung von Salzen auf, experimentelle (Leopold) 493.
Nierenblutung (Loewenhardt) 568.
Nierenkrankheit 429; — mit Hämaturie (Taddei) 426.
— nach Chrysarobin (Volk) 598.
Nierenruptur (Barkley) 473.
Nierensenkung (Alglave) 426.
Nierensteine 396. 498.
Noma 263. 627.
— und Formaminttabletten (Boetticher) 308.
Novargan (Schleisick) 636.

Oedema 68. 607.
— angioneuroticum (Riehl) 289; — des Kehlkopfes (Birch) 647.
— ingens ac subitum brachii (Jacquet) 528.
Oleum cadinum-Bäder, -Waschungen und -Umschläge (Mibelli) 27.
Onkologische Mitteilungen (Baumgarten) 316.
Opsonische Behandlung (Bunch) 636; (Turton nnd Parkin) 596.
Orchitis suppurativa (Thaly) 483; — und Epididymitis durch Bacillus pneumoniae (Speck) 483.
Orthrocystoskopie (Weinberg) 453.
Othaematoma spurium s. Lymphangiektomia auriculi.

Pagets disease (Kyrle) 187. 360; (Malinowski) 243. 329; — und Röntgenstrahlen (Leredde) 573; mit Histologie (Hartzell) 573.
Panaritium 374. 595. 596.
Papilloma 78. 297. 432. 498; — der Blase 427; (Legueu) 456; (Molas) 455; — der Harnröhre (Galimberti) 199.
Paraffin-Prothese, Histopathologie der (Heidingsfeld) 196.
Parakeratosis psoriasiformis 78.
— variegata 234.
Paralysis 446. 481; — progressiva (Vorberg) 146; — antiluetische Behandlung der (Hudovernig) 205.
Parapsoriasis (Finger) 357.
Pediculosis 365.
Pellagra (Cristoforetti) 646; (Merk) 646; (Soter) 646.
— pigmentosa (Poltawzew) 375.
Pemphigus 88. 138. 188. 223. 255. 289. 352. 427. 433. 525. 625; (Kissel) 436; (Kudisch) 438.
— mucosae 307.
— benignus (Nobl) 188.
— chronicus (Guth) 566; — familiaris (Barannikow) 433.
— foliaceus 255. 352. 429; (Kanitz) 217. 261; (Spiegler) 289; — und Blutveränderung (Grinew) 373; — der Schleim-

haut (Cocks) 261; — mit tödlicher Pyocyaneus-Infektion (Pecori) 260.
Pemphigus vegetans s. Erythema bullosum vegetans.
Penis-Einschnürung (Türk-Kobylyn) 450.
Pentosurie (Johnstone) 498; (Rosenfeld) 499.
Perniosis 3. 145. 193.
Pest, Mittel gegen (Mallannah) 597.
Petechien 193.
Petrificatio cutis s. Verkalkung.
Pharmaceutische Produkte Bayer & Co. 544.
Phenyform (Brenning) 636; (Stephan) 637.
Phimosis 144. 438.
— Vorhautadhäsion und Nervosität (Butler) 474.
— und Hypospadie (Klindt) 448.
— -Heilung (Rosière) 448.
Phlebitis 383. 449.
— migrans (Scherber) 294.
Phlegmone 68. 355. 595. 596.
Phlegmonebehandlung (Enderlen) 266; (Loubeyrau) 266.
Phlyktaenosis 301. 307.
Phosphaturie (Oppenheim) 353.
Phototherapie 61. 75. 111. 166. 190. 299. 319. 386. 480. 570; (Strauss) 36; (Chatin) 39; (Lundsgaard) 61; (Juettner) 365; (Nuesse) 458; (Jansen und Delbanco) 468; (Kromayer) 590; (L. Freund) 591; (C. Stern u. Hesse) 591; (Assfalg) 592; (Axmann) 627; — mit Quarzlampe (Kromayer) 232; (Schultz) 351; — — Druckapparate für (Schüler) 351.
Pigmentfrage (Meirowsky) 111. 166.
Pityriasis 239. 240. 253. 299.. 634. 638.
— lichenoides 292. 357; (Spiegler) 184; (Reines) 185; (Riecke) 234; (Nobl) 252. 293; (Riecke) 361. 470.
— rosea (D. W. Montgomery) 255; — urticata (Vörner) 361.
— und Ikterus (Bayet) 521.
— rubra 3; (Gilchrist) 139; (Kanitz) 255; (Halle) 256; — pilaris (Eudokimow) 375.
— versicolor 528; (Piéry und Renoux) 393.
Plasmazellen 11. 12. 15. 190. 336. 432. 556. 573; (Otto) 431.
— -Ursprung (L. Ehrlich) 373.
Pneumobazillen-Immunität (Erben) 305.
Pocken s. Variola.
Poliosis s. Alopecia.
Polypus 69.
Polyserositis fibrosa (Gofferjé) 158.
Polyurie 499.
Pompholyx 138.
Porokeratosis (Himmel) 526. 566.
Priapismus (Lohnstein) 448.
Pseudohermaphroditismus (Heymann) 501.
Primäraffekt s. Initialsklerose.
Prostata (Sturgis) 364.
— und Urethritis (Serrière) 485.
— -Lymphgefäfse (Caminiti) 484.
— -Sekret (Sellei) 485.
— -Blutungen und Behandlung (Goldberg) 485.
— — und Hämorrhagien (Guyon) 485.
— -Cystitis s. Cystitis der Prostatiker.
Prostatabehandlung m. Stauungshyperämie (Wasserthal) 297.
Prostatahypertrophie 364. 485. 486. 487. 597; (Fuller) 364; (Vaughan) 365; (Neuhaus) 488.
—, Entstehung der (Motz und Perearnau) 487; — und Carcinom (Bérard) 487; (Goldberg) 487.
— und Tumoren (Hallopeau) 485; — Katheterismus und Operation (Charrasse) 458; — Behandlung 458. 594; (Boross) 485; (Jeanbrau) 488; (Rörig II) 488; (v. d. Poel) 489; (Prince) 489; (Goldberg) 489; mit Röntgenstrahlen (Schlagintweit) 298; (Tansard und Fleig) 370.
— -Steine (Polya) 35.
Prostatektomia 486. 487. 489. 630; (Bissel) 364; (Goldberg) 489; (Bell) 490; (Cathelin) 490; (Fergusson) 490; (Guiteras) 490; (Lochner) 490; (Littlewood) 491; (Pousson) 629.
— transvesikale (Duval) 78; (Remete) 491.
Prostatitis 364. 485. 487. 637.
— chronica cystoparetica (Goldberg) 35. 487.
— urethralen Ursprungs (Queney) 485.
Prostitution 200. 433. 439. 472. 479. 527. 584; (Pappritz) 76; (Greene) 247; (Butte) 427; (Moskalew) 527.
— in Frankreich (Regnault) 584.
— in der Schweiz (Weifs) 80.
Protargol (R. Müller) 637; (C. Stern) 637.
Protargon (Störk) 287.
Prurigo 236. 241. 353. 427. 428. 588. 641; (Dacco) 200; (Ehrmann) 290. 293; (Ormsby) 390; (Frolow) 574.
— haemorrhagica (Vörner) 390.
— du rouget s, Erythema autumnale.
Pruritus 193. 236. 391. 573. 588. 594; (Török) 389; (Ormsby) 390.
— ani und Orthoformdermatitis (Joseph) 390.
— mit Lichenifikation und Tabes (Milian) 240.
Pruritusbehandlung 634; (Wermel) 75; — mit Anaestesin (E. Freund) 391; — mit Bromotan (Rockstroh) 390.
Pseudo-Alopecia areata (Sozzentino) 201.

Pseudoleukämia 270. 594; (Migliorini) 430.
Pseudoxanthoma elasticum (Juliusberg) 566; — und kolloide Degeneration (Dohi) 565.
Psoriasis 78. 83. 137. 141. 238. 262. 290. 293. 352. 357. 362. 427. 545. 552. 572. 634.
Psoriasis 589. 591. 592. 598. 599. 638; (Unna) 256; (Abraham) 257; (Bulkley) 257; (Tscherbakow) 438.
— und Leukoderma (Ledermann) 567; (Jesionek) 216.
— und Lichthunger (Hyde) 137.
— und Stoffwechsel (Capelli) 200.
— im Säuglingsalter (Leiner) 355.
— der Schleimhaut (Balzer und Merle) 572.
— traumatica (Wisniewski) 243.
Psoriasisbehandlung 634; (Campana) 524; (Rosenthal) 625; — mit Heliotherapie (Guhr) 258.
Purpura 193; (Raffin) 60.
— haemorrhagica (Falconer) 648.
— senilis 275. 428. 634.
— teleangiectodes annularis (Kren) 292; (Arndt) 625.
Pustula maligna s. Anthrax.
Pyelitis und Nierenspülung 365; (Bremerman) 365.

Quecksilber im menschlichen Körper (Schmidt) 589; (L. Freund) 590.
— -Übergang auf den Fötus (Conti und Zuccola) 590.
— -Ausscheidung (Bogrow) 236; — durch den Harn (Welander) 31.
— und Durchlässigkeit der Nieren (Bousquet) 633.
— und Harnsedimente (Fischel) 469.
— -Colitis (Almkvist) 144.
— -Exanthem (Riehl) 292; (Selenew) 438; (Bonnet) 645.
— -Intoxikation 43. 633; — tödliche (Bruhns) 625.
— -Kur (Severino) 214.
—, endermatische Anwendung (Stengzel) 633.
— -Infiltration (Dreyer) 143.
— -Injektion (Bodin) 40; (Porot) 206; (Th. Mayer) 633; — mit Novocain (Strauss) 70.
— -Salbe (Kromayer) 34; — mit Mitin (Jessner) 361.
—, neue Formel für Oleum griseum (Queyrat) 632.
—, Idiosynkrasie gegen Einreibung von (Suchy) 633.
— s. auch Hydrargyrum.
Quinckes Ödem s. Oedema angioneuroticum.

Radioaktivität der Kreuznacher Soolquellen (Aschoff) 638.
Radium 190. 529; (Wichmann) 62; (Sokolow) 73. 358; (Wickham) 77; (Boikow) 375. 436; (Robinson) 396; (Schmidt) 396.
Raynaudsche Krankheit s. Morbus Raynaud.
Reaktion Florence (Bocarius) 435.
Recklinghausensche Krankheit s. Neurofibromatosis.
Regeneration, Wachstum und Lymphdruck (Reinke) 577.
Rektum, entzündliche Striktur des (Arnaud) 270.
Rhinophyma 592; — und seine chirurgische Behandlung (Liebmann) 267.
Rhinosklerom 106; (Heermann) 46; (Toeplitz und Kreuder) 46.
— -Immunität (Erben) 305.
Riesenzellen 8. 10. 13. 14. 15. 61. 190. 226. 256. 262. 305. 589. 625.
Ringwurm s. Trichophytia.
Ritters Krankheit s. Dermatitis exfoliativa neonatorum.
Röntgenstrahlen 30. 34. 73. 75. 141. 157. 196. 198. 258. 259. 299. 365. 367. 392. 430. 474. 498. 514. 515. 527. 529. 647; (Reines) 63; (Reschetillo) 73; (Barjon) 79; (Heller) 136; (Robinson) 138. 396; (Kanitz) 142; (Zumbusch) 186; (Freund) 189; (Kienböck) 235; (Bosse) 260; (Reinach) 251; (Huber) 260; (Herxheimer und Hübner) 265. 566; (Ullmann) 288; (Schlagintweit) 298; (Taylor) 310; (Werther) 311; (Burdick) 363; (Egelhoff) 363; (Kanoky) 474; (Shenton) 492; (Bogrow) 515; (Schalek) 570; (Hartzell) 573; (Leredde) 573; (Boggs) 592; (Leonard) 592; (Albers-Schönberg) 593.
—, Histologie ihrer Wirkung auf maligne Tumoren (v. Marschalko) 568.
— und Geschlechtsdrüsen (Ancel und Bonin) 592.
— und Gravidität (Fellner und F. Neumann) 529.
— -Dermatitis 594; (Foveau) 648; (Nicholson) 648.
Röteln s. Rubeola.
Rosacea 592. 639; (Kuntz) 258.
— und Augenerkrankungen (Blancke) 268.
— und Benzin (Bruck) 642.
— und galvanischer Strom (Kapp) 642.
Rosacea s. auch Varus nodulosus.
Roseola 103. 188. 189. 291. 294. 358. 520. 522. 571.
— und Ikterus (Thomson) 521.
Rotz s. Malleus.

Rubeola (Aronstam) 570.
— und Leukocyten (Hildebrandt und Thomas) 51.
—, Ausbreitung und Prophylaxe im Heere 51.
Rupia (Tscherkasski) 436.

Samenblasenentzündung (Tuttle) 364.
Samenblasenbehandlung (Boross) 485.
Samenstrangcysten (Vautrin und Apffel) 370.
Samenstrangvereiterung (Belfield) 364.
Sanatogen (Meissner) 638.
Sapalcol (Blaschko) 638.
Sarkoid 3. 8. 588; (Fano) 234. 361. 470; (Terebinski) 435; (Halkin) 566.
—, subcutanes (Darier und Roussy) 320; (Thibierge und Bord) 367.
Sarkoma 94. 148. 311. 379. 430. 578. 588. 594; (Holländer) 232; (Fano) 234. 361. 470; (Scherber) 290. 291; (Kyrle) 295; (Borchard) 318. 384; (Seckel) 319; (Terebinski) 433; (Bayet) 522.
— bei Tieren (Baumann) 313.
— der Blase (Jäger) 456; (Voigt) 456.
— der Prostata im Kindesalter (P. Fränkel) 486.
— cutis idiopathicum (Zumbusch) 186; — multiplex (Pick) 186; — haemorrhagicum (Radaeli) 319.
— multiplex pigmentosum (Frick und Hall) 319; — haemorrhagicum (Schlesinger) 318.
Sarkombehandlung (Bouis) 318.
— mit Röntgenstrahlen, Histologie bei (v. Marschalko) 568.
— mit einer Mischung der Toxine von Erysipel und Bacillus prodigiosus (Coley) 318.
Sattelnase und Paraffininjektionen (Barnett) 473.
Scabies 223. 236. 390. 558. 634.
— bei reizbarer Haut (Thibierge) 260.
— nach Ekzem (Alessandrini) 524.
Scarlatina 51. 52. 68. 97. 624. 643; (Henry) 47; (Beard und Barlow) 255.
—, Bakterien im Halse bei (Ruediger) 46.
— -Streptococcus (Nedrigailow) 47.
— und Pseudoscharlach (Aronstam) 570.
— und Angina ulcerosa; Perforation des Gaumensegels (Pivert) 50.
— und Arthritis (Stockmann) 50.
— und Cerebrospinalmeningitis (M'Kenzie) 49.
— und Ikterus (Barlow) 48; (Klingmüller) 49; (Kaupe) 392.
— und urämische Nephritis (Bouchet) 49.
— und kochsalzarme Nahrung (Pater) 48.
Scarlatina und Streptokokkenserum (Klasske) 48; (Saltykow) 46.
— und Streptokokkenvaccine (Gabritschewsky) 47; (Zlatogoroff) 48.
— und Natrium salicylicum (Stockmann) 50.
— und Salicylspirituskompressen (Solt) 48.
— und Urotropin (Buttersack) 49.
Scarlatinaähnliches Exanthem (Korybut) 644; (Kirejew) 644.
Schanker 103.
—, harter s. Initialsklerose.
—, weicher s. Ulcus molle.
—, phagedänischer 434. 636; (E. Frank) 438.
Scharlach s. Scarlatina.
Scheidenspülungen (Cramer) 504.
Schönheitspflege s. Kosmetik.
Schwefelsalbe (Ramshorn) 639.
Schwefelseife (Szubert) 639.
Schwefelwässer (Florentin) 639.
Schwefelzinkpaste, Intoxikation nach (Hesse) 627.
Schwefelhämoglobinämie (West und Clarke) 642.
Schwellung, periostale, nach Typhus (Winkler) 294.
Seborrhoea 145. 239. 240. 253. 255. 355. 476. 521. 573. 638. 639.
— congestiva 288.
Sepsis 242.
Septikämie 193. 308. 497. 525. 607.
Serumkrankheit (Marfan und Lemaire) 643; (Rolleston) 643.
Sexualanästhesie (Talmey) 474.
Sexualleben und moderne Kultur (I. Bloch) 478.
Sexuelle Belehrung (Valentine) 583.
— Ethik (Schacht) 517.
— Hyperästhesie beim Weibe (Talmey) 570.
— Perversität (Jentsch) 476; (Rohleder) 478; —, forensische Bedeutung der (Salgo) 477.
— Schwäche (Robinson) 447.
— Zwischenstufen (Hirschfeld) 43.
Skalpierung und ihre plastische Behandlung (Lotheissen) 64.
Sklerema neonatorum (Hubert) 389; (Waterhouse) 389; — bei Zwillingen (Addenbrooke) 389.
— —, mikroskopische und chemische Untersuchung (Carpenter und Neave) 389.
Sklerodaktylie 186. 192. 193. 289. 388.
Sklerodermia 136. 190. 192. 193. 291. 384. 548. 562; (Busch) 36; (Kren) 186; (Arndt) 232; (F. H. Montgomery und Ormsby) 237; (Hamutina) 388; (Hensel) 388; (Heuck) 528.
—, das Blut bei (Constantin und Levrat) 367.

Sklerodermia und Morbus Basedowii (R. Freund) 387; (Kornfeld) 387.
— und Morbus Raynaud (Straschimir) 388.
— diffusa (Kren) 289; (Straume) 388.
Sklerodermiebehandlung (Huchard) 389.
Sklerödem (Pinkus) 136. 351.
Sklerosis redux (Brandweiner) 293.
Skorbut, infantiler (E. Fraenkel) 647.
Skrophuloderma 189. 320; (Nobl) 355; — und Tuberkulin (Lespinne) 63.
Skrophulose 43. 69. 78. 305. 378. 429. 493; (Ehrmann) 528.
Spermareaktion (Posner) 298.
Spindelhaare s. Monilethrix.
Spirochaeta 84. 87. 91. 92. 102. 104. 105. 148. 202. 204. 212. 213. 214. 252. 293. 366. 438. 439. 502. 524. 525. 575. 586; (Sakurane) 32; (Karwacki) 41; (MacLennan) 93; (Levaditi) 93; (Berger) 94; (Clarke) 94; (Ehrmann) 94; (Lipschütz) 94. 626; (Omeltschenko) 94; (Woloschin) 94; (Dudgeon) 95; (Glass) 95. 97; (Mulzer) 95; (Petzold) 95; (Richards und Hunt) 95; (Ritter) 95; (Saling) 95; (Schmitt) 95; (Schütz) 95; (Shennan) 95; (Sioli) 95; (Chrzelitzer) 96; (Alvarez) 97; (Anghelovici und Joanitzescu) 97; (Hoffmann und Beer) 97; (Marzinowski) 97; (Reuter) 97; (Herxheimer und Opificius) 98; (Petresco) 98; (Versé) 98; (Blaschko) 99. 100; (Heller und Rabinowitsch) 99; (Kraus) 99; (Wiman) 99; (Doutrelepont und Grouven) 100; (Greeff und Clausen) 100; (Hoffmann) 100; (Tomasczewski) 100; (Bertarelli) 101; (Domernikowa) 101; (Queyrat, Levaditi u. Feuillé) 101; (Radaeli) 101. 247; (Wallich und Levaditi) 101; (Buschke und Fischer) 156. 210; (Mucha) 189; (Beitzke) 208; (Danziger) 208; (Gierke) 208. 581; (Levaditi) 208. 359; (Babes und Mironescu) 209; (Huebschmann) 209; (Simmonds) 209; (Le Sourd und Pagniez) 240; (Mucha und Landsteiner) 295. 580; (Metschnikoff) 375; (Selenew) 376. 434; (Malinowski) 433; (Campana) 523; (Juliusberg) 566; (Kraus) 580; (Loeffler) 580; (Friedenthal) 581. 582; (MacNeal) 581; (W. Schulze) 581; (M. Stern) 581; (Scherber) 626; (Fouquet) 631.
— und Schimmelpilz (Selenew) 574.
— bei Framboesia und Granuloma pudendi (MacLennan) 309.
— refringens (Levaditi) 448.
Sporotrichosis (Beurmann und Gougerot) 78. 572; (Dor) 303.
Sporotrichosis-Diagnose (Gougerot) 519.
— hypodermatica (Beurmann und Gougerot) 300.
Stauungspapille (Lehnerdt) 154.
Stauungshyperämie (M. Fischer) 596; (Gramenitzki) 596; (Lichtenstein) 596; Lindenstein) 595.
Sterilität (O'Day) 363.
Stomatitis 627. 639. 647; (Eisen) 262.
Stomatitisübertragung durch den Fernsprecher (Bundt) 262.
Stomatitis gangraenosa 263.
— mercurialis 231. 245. 263. 633 (Almkvist) 144; (Severino) 214; (Letulle) 634.
Streptokokkeninfektion, Syphilis vortäuschend (Stengel, White und Evans) 586.
Strikturenerweiterer (Bokaleinik) 374.
Struma 592. 594.
Sublimatvergiftung (Craig) 639.
Sudamina 193.
Sykosis 362. 590. 591. 596. 635.
— barbae und Röntgenstrahlen (Reschetillo) 73.
— scleroticans (Samberger) 359.
Sykosisbehandlung 264. 265; (Belgodère) 260; (Zeissl) 260.
Syringadenom 141. 572.
Syringocystadenom s. Syringadenom.
Syringocystoma (White) 425.
Syringomyelie 389.
Syphilid der Planta (Ehrmann) 289; — und Palma (Spitzer) 184.
—, prodromales (Taylor) 139.
— pustulo-crustöses (Spiegler) 191.
Syphilis 6. 17. 32. 41. 42. 69. 84. 94. 95. 97. 98. 99. 100. 101. 105. 106. 109. 110. 136. 143. 187. 189. 190. 197. 202. 204. 205. 240. 241. 242. 254. 255. 262. 263. 265. 288. 291. 292. 295. 315. 320. 353. 375. 385. 434. 436. 438. 451. 474. 476. 500. 502. 504. 514. 521. 526. 560. 567. 571. 574. 576. 577. 626. 627. 633. 645. 651; (Oppenheim) 87; (Praetorius) 148; (Ehrmann) 290; (Gaucher und Malloizel) 572; (Orlowski) 575; (Friedenthal) 582.
— in Bibel, Talmud und Evangelium (Higier) 652.
— -Ätiologie (Finger) 93; (Hoffmann) 204; (Neisser) 365; (Campana) 523.
— -Erreger 103. 104. 202; (Woloschin) 94; (Schütz) 95; (Schulze) 247. 581; (Ehrlich) 525; (Lipschütz) 626.
— — s. auch Spirochaeta.
—, experimentelle (Finger) 93; (Greeff und Clausen) 100; (Petersen) 101; (Schainfeld) 101; (Tschlenow) 101; (Grünbaum und Smedley) 102; (Siebert, Schucht und Neisser) 102; (Schulze) 103. 247; (Zabolotnyi) 243; (Pospélow) 374; (Metschnikoff) 375; (Ricklin) 429.

Syphilis-Immunität (Pospélow) 374.
— -Immunisierung (Petrescu) 105.
—, Autolysin, Isolysin und spezifische Ambozeptoren (Fontana und Pollio) 200.
— -Diagnose (Gougerot) 519; —, Gewebs- und Blutuntersuchungen zur (Neisser, Bruck und Schucht) 247; — durch Seroreaktion (Rosenbach) 87; (Wassermann, Bruck und Neisser) 87; (Niessen) 88; (Romme) 88; — und Mundunterzuchung (Pautrier) 246.
— -Kontagiosität (Buschke und Fischer) 91; — Dauer der (Buba) 89; — des Blutes (Hoffmann) 89.
— -Rezidiv, Ätiologie des (Neumann) 91.
— -Infektion einer Familie (Grove) 88.
— durch Stillen 89; (Paolantinacci) 88; (Renaut) 89.
— der Ehefrauen (Fournier) 79. 88.
— und Gravidität (Houllier) 88.
— und Mikrobienembolien (Fouquet) 631.
— -Reinfektion (Brandweiner) 188. 189; (Finger) 243.
Syphilis und Arteriosklerose (Ratzeburg) 158; (Remlinger) 158.
— und Blennorrhoe (Quarta) 524.
—, Blennorrhoe und Hemiplegie (Malloizel und Monier) 372.
— und Carcinom (Franceschini) 38; (Duhot) 150; (Montgomery und Sherman) 198; (Morestin) 572; — der Nase (Smirjagin) 435; — der Schleimhäute (King) 92.
— und Diabetes (Papissow) 374.
— und Drüsenschwellung (Vörner) 153.
— und Elephantiasis (Ravogli) 425.
— und Erythema exsudativum multiforme und nodosum der Schleimhaut (Trautmann) 651.
— und Folliculitis skrophulosorum (Renault) 572.
— und Gelenkerkrankungen (Selenew) 374.
— und Hautveränderungen (Hefter) 434.
— und Hysterie (Zerner) 159.
— und hysterische Arthralgie (Didrichson) 376.
— und Phlebitis (Arndt) 136.
— und Polyserositis fibrosa (Gofferjé) 158.
— und Psoriasis (Campana) 524.
—, Tabes und progressive Paralyse (Vorberg) 146; (Babinsky) 204.
— und Tabes (Pascalis) 161; (Galezowski) 520.
— und Tuberkulose (Sergent) 377; — Verwechslung (Bord) 240; — der Genitalien (Slatineanu und Jianu) 153.
— und Stauungspapille (Lehnerdt) 154.
— in der Maternité de l'hôpital Tenou 1905—1906 (Leduc) 247.
Syphilis mit Inkonsequenz im Verlaufe (Ross) 365.
— des Auges 295; (Bull) 154; (Heller) 158; (Godelstein) 161; (Galezowski) 520; — und Heilung (Fodéré) 161.
— des Gesichtes (Rille) 248.
— der Nase oder Lupus (Thibierge) 147.
— des Mundes (Skirving) 150.
— der Zunge (Duhot) 150. 522; — und Carcinom (Montgomery und Sherman) 198.
— der Palma und Planta (Campana) 524.
— des Oberkiefers (Mouton) 152.
— der Oberkiefergelenke (Sterling) 559.
— des Unterkiefergelenkes (Sterling) 249.
— der Schilddrüse (Mendel) 147.
— innerer Organe (Robbins) 473.
— der oberen Luftwege (Bloch) 39.
— der Lunge (Bériel) 84.
— der Zirkulationsorgane (Bruhns) 154.
— der Extremitäten-Schlagadern (Merck) 569.
— des Herzens (Futran) 155.
— des Nervensystems 205; (Thibierge) 159; — und merkurielle Injektionen (Porot) 206.
— des Hirns 146. 205; (Widal) 160; (Drouet) 161; (Godelstein) 161; (Harder) 161; (Didrichsohn) 298. 436; (Robbins) 365; (Dedjurin) 434; (Gaucher und Malloizel) 572; — und Lumbalpunktion (Benischek) 160.
— der Leber (de Renzi) 149; — und Milz (Grenier) 149; (Nikolski) 152; — mit Klebrigkeit der Blutkörperchen (Bub) 150.
— des Magens (Hayeur) 151.
— der Niere (Secchi) 150.
— der Prostata (Drobuy) 152.
— der Urethra (Sensini) 200.
—, viscerale, mit Fieber (Westphalen) 151.
— corymbosa (Müller) 353.
Syphilis hereditaria 96. 98 101. 438. 631. 646; (Bodin) 40; (Buschke und Fischer) 156; (Beitzke) 208; (Gierke) 208; (Danziger) 208; (Levaditi) 208; (Babes und Mironescu) 209; (Huebschmann) 209; (Simmonds) 209; (Heuck) 210; (Emery und Druelle) 241; (Ehrmann) 290; (Leiner) 355; (Poltawzew) 437; (Bisher) 473.
— —, Kinderfürsorge (Buschke) 585.
— — und Liquor cerebrospinalis (Ravaut) 366.
— — und extravaskuläre Blutbildung (Schridde) 206.
— — und Immunität (Rosmarin) 206.
— — und Infektion (Paul) 302.
— — und plötzlicher Tod (Godron) 93.
— — und Deformitäten (Frolow) 375; (Eltzina) 376.

Syphilis hereditaria und Alopecie (Leiner) 473.
— — und Schielen (Antonelli) 371.
— — und Hämorrhagien 644.
— — und Hydrargyrum lacticum (Levy-Bing) 241.
— — und Infantilismus (Ranschburg) 210.
— — und lymphatische Leukämie (Stuhl) 210.
— — und Myocarditis (Buschke und Fischer) 210.
— — und Tabes (Lewit) 211.
— — des Auges (Hirschberg) 211; (Lewit) 211; (Bab) 251; — Pathologisch-anatomische Befunde bei (Schlimpert) 252.
— — der Knochen und Radioskopie (Reinach) 251; — mit Spontanfrakturen (Oberwarth) 209.
— — des Larynx (Bertrand) 211.
— — des Nebenhodens (Kudisch) 436.
— — tarda der Gelenke (Bosse) 562; —, Histologisches und Radiologisches über (Bosse) 210.
Syphilis maligna nach neunmonatlicher Kur in Lindewiese (Neisser) 92.
— — praecox (Finger) 294; (Laffont) 372; (Egorow) 436.
— sykosiforma (Müller) 353.
—, tertiäre (Benda) 148; (Dieulafoy) 250; (Rille) 251; (Shoemaker) 365; — in Moskau (Jordan) 469.
— verrucosa (Klingmüller) 528.
Syphilitische Alopecie (Brandweiner) 358; (Klotz) 518.
— Anämie (Labbé) 246.
— Aortitis (Dieulafoy) 157; (Giralt) 249.
— Arthropathien (Dominici) 249.
— Canities, partielle (Terebinski) 436.
— Endarteriitis (Reines) 185.
— Epididymitis (Kudisch) 436.
— Gelenkentzündung (Holländer) 232.
— Gelenkerkrankungen (Weisz) 158.
— Glossitis 270.
— Gonitis (Frolow) 376.
— Kopfschmerzen 588.
— Kraurosis vulvae 385.
— Diplegia facialis (Enke) 161.
— Hemiplegie (Duhot) 522; — und Injektionen von grauem Öl (Duhot) 160.
— Lähmung (Schicken) 206; (Thibierge) 206.
— Läsionen, intraprimäre (Taylor) 139.
— Leukoplakie 150; (Duhot) 150.
— Myocarditis (Buschke und Fischer) 156.
— Myositis 149.
— Osteochondritis (Bertarelli) 101.
— Osteomyelitis und Spontanfraktur (Körbl) 356.
— Papillome (Galimberti) 199.
Syphilitische Paralyse (Lousle) 520.
— Paronychie 294.
— Periphlebitis (Ewald) 158.
— Phlebitis migrans (Scherber) 294.
— Pseudoparalyse (Parrot) 161.
— Pseudoleukämie (Smirjagin) 434.
— Sarcocele 294.
— Striktur des Rektums (Arnaud) 270; — und Blennorrhoe (Sweet) 151.
— Verwachsung von Gaumen und Rachenwand (Wolfsohn) 437.
Syphilitischer Diabetes (Troller) 151.
— Infantilismus 437.
— Pes inflammatus (Waelsch) 147.
Syphilitisches Aortenaneurysma (Saathoff) 157.
— Ekthyma (Terebinski) 437. 438. 575.
— Erythema 589; — nodosum (Török) 249; (Scherber) 295.
— Exanthem, makulöses (Mucha) 295.
— Geschwür 263.
— Leukoderma 249. 291. 568. 626; (Loew) 32. 147; (Jesionek) 216; (Poltawzew) 436.
Syphiloderma pigmentarium primitivum (Ronchi) 110.
— serpiginosum terebrans (Pulvirenti) 524.
Syphilisbehandlung 78. 634. 635; (Lambkin) 148; (Martinet) 211; (Oppenheim) 211; (Spitzer) 212; (Fürth) 214; (Heinze) 214; (Loew) 252; (Campana) 524.
— und Urinuntersuchung (Karpok) 375.
— in Aachen (Chiraeg) 371; —, abortive (Duhot) 40. 216.
— mit Eisen (Cammas) 246.
— mit Enesol (Bogrow) 236; (Loquin) 246.
— mit Hermophenyl (Répanis) 245.
— mit Injektionen (Turner) 215; (Bodin) 215; (Duhot) 215. 216; (Rob) 215; (Gottheil) 244; (Hirsch) 244; (Sipari) 245; (Emery) 302; (Gaucher) 302; (Gaston) 303; (Sergent) 303; (Jullien) 363; (Poltawzew) 435; (Moutot und Petitjean) 631; —, Spritze dazu (Duhot) 523.
— mit Jod (Waelsch) 147; (Renault) 631; (Butte) 632.
— mit Jodfersanpastillen (Herling) 635.
— mit Jodipin (Chapuis) 246.
— mit Mergal (Leistikow) 230; (Boss) 244.
— mit Perhydrol (Bierer) 636.
— mit Sajodin (Th. Mayer) 635; — und Jodismus (Sussmann) 635.
— mit Sarsaparilla (Cullingworth) 246.
— mit Mergal (Boss) 244.
— mit Sajodin (Th. Mayer) 635.
— mit Schwefelwässern (Bertier) 213.
— mit Serum (Engel) 214.
— mit Silber (Karlinski) 245.

Syphilisprophylaxe (Gerson) 212; (Metschnikoff) 212. 213; (Vorberg) 213; (Greene) 247.
Syphilisähnliches Exanthem (Heubner) 109.

Tabes 146. 160. 190. 206. 597; (Ferrier) 162; (Gross) 205; (Lewit) 211; (Price) 205; (Milian) 240; (Galezowski) 520.
—, konjugale (Babinski) 204.
Tabesbehandlung mit Quecksilber (Babinski) 205; (Hudovernig) 205.
Talgdrüsenbakteriologie (Hallé und Civatte) 475.
Taubenpocke s. Epithelioma contagiosum der Taube.
Teleangiektasia 235. 326. 432. 476. 623.
— annularis (Kren) 292; Arndt) 625.
Teleangiektatisches Granulom (Bennecke) 303.
Therapeutische Revue (Joseph) 34.
Theyolip s. Schwefelseife.
Thiosinamin (Wolf) 639.
Tinea achorion s. Trichophytia.
— circinata s. Trichophytia.
— versicolor 193.
Transplantation und Tüll (Kuhn) 544; (Goldmann) 595; (Vogel) 595; (Waljaschko) 595.
Trepanosomiasis faciei (Selenew) 526.
Trichonodosis (Saalfeld) 33. 504; (Riehl) 289; (MacLeod) 299.
Trichophytia 34. 197. 356. 365. 524. 528. 564. 591. 592. 635; (Sequeira) 259; (Quarta) 524; — durch permanentes Bad (Jacobi) 566.
— durch Mikrosporon in Basel (His) 474.
— barbae (Halgand) 260.
— corporis disseminata (Ohmann-Dumesnil) 394.
— der unbehaarten Körperstellen (Thibierge) 260.
Trichophytia s. auch Kerion.
Trichophyton (Campana) 524.
— und Mikrosporon (Photinos) 232.
Trichorrhexis nodosa (Lassneur) 199.
Tripper s. Blennorrhoea.
Tropengeschwür, Bakterienflora des (Boucher) 311.
Tuberkelbazillen 2. 8. 19. 21. 26. 59. 148. 256. 291. 305. 320. 385. 386. 393. 445. 502. 567. 572. 636.
Tuberkulin und Nervensystem (Cerone) 523.
Tuberkulinexanthem, Entwicklung und Histologie des (Milian) 572.
Tuberkulid 192. 378; (Darier) 61; (Spitzer) 356; (Weidenfeld) 356.
—, papulo-nekrotisches (Nobl) 293; (Ullmann) 294; — Narben nach (Hallopeau und Lasnier) 573.
Tuberkulöse Lymphadenitiden und Tuberkulin (Lespinne) 63.
— Papillome (Galimberti) 199.
— Drüsen 363.
— Striktur des Rektums (Arnaud) 270.
Tuberkulöses Geschwür (Kren) 289.
Tuberkulosis 41. 43. 78. 86. 106. 109. 148. 151. 185. 193. 198. 249. 254. 256. 265. 288. 291. 295. 301. 305. 315. 320. 351. 355. 357. 379. 385. 426. 431. 445. 515. 519. 521. 524. 529. 559. 560. 561. 562. 566. 567. 572. 574. 592. 593. 596. 597. 625. 640.
— Verbreitung der die Lymphgebiete entlang (Haentjens) 86.
— abgeschwächte (Darier) 61.
—, experimentelle (Kraus und Kren) 60.
— und Hämaturie (Teichmann) 498.
— und Pseudoerysipel (Goldenstein) 60.
— und Purpura (Raffin) 60.
— und Syphilis (Sergent) 377; — Verwechslung (Bord) 240.
— und Syphilis der Genitalien (Slatineanu und Jianu) 153.
— der Cervikaldrüsen, Exstirpation der (Morestin) 572.
— conjunctivae und Behandlung (Lundsgaard) 61.
— der Gelenke 636.
— des Haarbodens (Mibelli) 1; —, disseminierte (Migliorini) 430.
— der Haut 83; (Kraus und Kren) 60; (Vörner) 86; (Sokolow) 374; (Jadassohn) 377; (Thiery und Renoux) 393.
— des Harnapparates (Giani) 445.
— der Genitalien (Facilides) 502; (Teutschlaender) 445; (E. R. W. Frank) 575; —, experimentelle (Jung und Bennecke) 502.
— der Harnwege (Bignon) 498.
— des Hodens, chirurgische Behandlung der (Foote) 363.
— des Nebenhodens und künstliche Anastomose (Sotis) 483.
— der Nebennieren (Engelmann) 381.
— der Schleimhaut, Behandlung der (Hollaender) 62.
— des Urogenitalapparates (Kalmus) 446; (Kappis) 446; (Moscu) 446; — und Tuberkulinbehandlung (Keersmaecker) 34.
— der Blase (Rovsing) 454.
— der Prostata 487.
Tuberkulosis papillomatosa (Reines) 358.
— ulcerosa 78.
— verrucosa 78. 309. 358. 366; (Berger) 433.
Tumenolammonium (Kraus) 236.
Tumor cerebri (Domanski) 160.
—, warziger (Holländer) 232.
Tumoren und elastisches Gewebe (Waljaschko) 578.

Tumoren (Licharew) 358.
— der Niere 396.
— -Erblichkeit (Luxenburger) 587.
— -Übertragung bei Hunden (Sticker) 313.
—, maligne der Clitoris (Bordères) 502; — der Vulva und Vagina bei Kindern (Peyrache) 502.
—, multiple, cutane und subcutane (Williams) 194.
—, subcutane der Finger (Durlacher) 320.
Tumores praeter naturam (P. Richter) 65.
Tumorbehandlung mit Kauterisation (Pujo) 313.
Tylosis 258. 262; (Spitzer) 184.
Tympanities 69.

Ulcerationen 270; —, multiple, nach Arsenik (Schamberg) 238.
Ulcus 395. 588.
— durum s. Initialsklerose.
— cruris 569. 592. 640.
— molle 109. 204. 270. 569. 592. 599. 626; (Stenczel) 264; (Nobl) 355.
— -Bacillus (Terzaghi) 524.
—, Behandlung des (Franceschini) 430.
— -Epidemie (Hallopeau) 572.
— und Menstrualblut (Petersen) 263.
— und Phenyform (Brenning) 636; (Stephan) 637.
— und Stauungshyperämie (Tschlenow) 74.
— extragenitale (Djatschkow) 374.
— mixtum 362. 569.
— phagedaenicum 263. 434. 591; (Breakey) 519.
— serpiginosum (Breakey) 519.
— tuberculosum (Brandweiner) 358.
— varicosum 383. 592; —, Behandlung des (Jasseron) 383; (Lossen) 383. 562; (Poutain) 383; (Tessène) 383.
— rodens 138. 141. 315. 443. 522; (Pick) 291; — und Röntgenstrahlen (Huber) 317; — und Radium (Boikow) 436.
— venereum und Wärmebehandlung 362; (Ullmann) 263.
— s. auch Syphilitisches Geschwür und Tuberkulöses Geschwür.
Ulcusbehandlung mit Calciumjodid (Stephens) 263.
— mit Wärme (Ullmann) 263.
— mit warmer physiologischer (Kochsalzlösung (Veyrassat) 263.
Ulerythema centrifugum 3. 40. 78. 140. 141. 193. 307. 529. 551. 553. 558. 588. 590; (Müller) 185; (Chaussy) 385; (Civatte) 572; — im Kindesalter (Galewsky) 565; — der Lippen und der Mundschleimhaut (Kren) 233; — discoides (Reines) 185; (Spiegler) 289; (Ullmann) 288. 291. 294.
Ulerythema und Lupus vulgaris (L. Spitzer) 476.
Uluyue 365.
Urämie 491. 588.
Ureterruptur (Nash) 391; — -Behandlung (Fontanel) 491.
Uretersteine 492.
— in der Urethra (d'Haenens) 631.
— beim Weibe, Behandlung der (Garceau) 363.
Urethra, Anatomie und Entwicklungsgeschichte der (Paschkis) 191.
— -Doppelbildung (Dedjurin) 377.
— Hutnadel in der (Conner) 570; (Salomon) 451.
—, Uretersteine in der (d'Haenens) 631.
—, Wiederherstellung des Perinealteiles (Pasteau und Iselin) 368.
Urethralbakterien (Rousseau) 450; Stanziale) 450.
Urethraldivertikel und -Ausbuchtungen (Aronstam) 453.
Urethralendoskopie (Ullmann) 297.
Urethralerkrankung und Urethroskopie (Aronstam) 365; —, funktionelle (Smith) 364.
Urethralfisteln (Goebel) 296.
Urethralrupturen (Deansley) 450.
Urethralstenosen 364; (Stenczel) 451.
Urethralsteine (Radlmesser) 451.
Urethrovesikalstein (Earp) 451.
Urethralstriktur 597; (Pasteau und Iselin) 368; (Gröll) 630.
—, kongenitale (Foisy) 451; —, Behandlung der (Wossidlo) 437; (Majewski) 452; (Schourp) 451; (Valentine und Townsend) 451; — mit Elektrolyse (Emödi und J. Spitzer) 452.
Urethral-Injektionsapparat (Bonneau) 452.
Urethral-Irrigator (Paul) 452.
Urethritis 448. 570.
Urethritisbehandlung (Frank) 296; (Aronstam) 368; — mit Dehner und Spüldehner (Berger) 437.
Urethroskopie-Stativ (Frank) 437.
Urin s. Harn.
Urinal für Frauen (Wulff) 191.
Urinretention, postoperative, und Sparteinsulfat (McGuire) 473.
Urogenitalkrankheiten (Nitze, Jacoby und Kollmann) 45; — und Handschuhe (Stewart) 364; — und hydrostatische Methode (Rothmann) 375; — Pyrenol und Salicyl (F. Loeb) 447.
Urologie, Association française de, Kongreß 1906 (Mankiewicz) 77.
—, Deutsche Gesellschaft für 77; — erster Kongreß 396.
Urologischer Tisch (Duhot) 444.
Uropural (Haedicke) 597.
Urticaria 83. 136. 193. 260. 293. 294. 353. 427. 587. 641. 643; (Wolff-Eisner) 516.

Urticaria nach Furunkel (Pietrangelo) 524.
— chronica 293; — papulosa 293.
— factitia 290. 566.
— haemorrhagica (Williams) 194.
— perstans (Schmidt) 528; — mit Pigmentation und Alopecia areata (Werschinin) 374.

Vaccination bei Affen (Brinkerhoff und Tyzzer) 54.
— unter Rotlicht (Goldmann) 54.
— bei Gravidität (Merle) 54.
— bei Neugeborenen (Beauquey) 54.
Vaccinationslymphe von Kaninchen (Voigt) 57.
Vaccinationsschäden 291; (Georgii) 55; (Steinhaus) 55; (Churchill) 55; (Alexander) 56; (Döhler) 56; (Williams) 194.
Vaccine 251. 323.
Vaccineerreger (Bandini) 57; (Mühlens und Hartmann) 57; (Ohly) 57.
Vaccinia aberrans (Smith) 56.
— generalisata bei einem dreijährigen ungeimpften Kinde (Schefers) 56.
Vagina, Nervenausbreitung in der (Worthmann) 502.
—, kongenitale Imperforation der (Marchat) 502.
Valentinlampe (Ullmann) 297.
Varicella 68. 438.
—, Hautstigmata der (Marfan) 53.
— Histologie der (Tyzzer) 53.
— und Phlegmone (Kreuzeder) 53.
— bullosa (Freeth) 53.
—, pockenverdächtige Formen der (Ebstein) 52.
—, konfluierende (Neech) 52.
Varicen 69. 250. 349. 592; (Spiegler) 191.
— und Angiosarkom (Borchard) 384.
Varicenbehandlung (Guibé) 383; (Lossen) 383. 562; (Poutain) 383; (Rouquette) 383.
Variola 52. 53. 54. 69. 190. 291. 323. 526. 588.
—, Zelleinschlüsse bei, als Protozoen beschrieben (Schrumpf) 54.
— -Impfung bei Affen (Brinkerhoff und Tyzzer) 54.
— -Epidemie in Nizza (Mir) 54.
— -Übertragung von einer Kuh auf Menschen (Vollmer) 54.
Varus nodulosus (Brooke) 261.
Venerische Arthritis (Frauenthal) 362.
— Krankheiten in den Heeren (Schwiening) 576.
— — und Staat (Valentine) 583.
— — und Thermotherapie (Ullmann) 362.
— —, Prophylaxis der (Valentine und Townsend) 584.
Venerologie, spezialistische Abteilungen für (Butte) 242.
Verbrennung 83. 569. 599. 639. 640; (Redard und Barret) 324; (Steinheil) 324; —, Behandlung einer (Reclus) 648; (Sneve) 649.
—, Tod durch, Histologie (R. Polland) 649.
Verbrühungstod, experimenteller (Pfeiffer) 650.
Verhornung der Epidermis beim Embryo (Cedercreutz) 565.
Verkalkung 593; (Timascheff und Romanow) 328; (Licharew) 358. 515.
Verruca 146. 319. 365. 366.
— plana (Fischel) 625.
— senilis 275. 291.
— vulgaris, Parasitologie der (Schueller) 364.
Viscolan (Klug) 640.
Vitiligo (Leiner) 288.
— und Thyreoideaerkrankungen (Hertzler) 363.
—, gürtelförmige (Bruhns) 625.

Warze s. Verruca.
White-Spot Disease s. Sklerodermia.
Windpocken s. Varicella.
Wintereruptionen 193.
Wundbehandlung 595. 596. 599. 640; — mit durch Wärme ausgetrockneten Verbänden (Asbeck) 594.
—, offene, bei Transplantationen (Goldmann) 595.

Xanthelasma 193.
—, generalisiertes (Dubois-Havenith) 522.
Xanthoma 521. 523.
— tuberosum (Fischel) 625; (Riehl) 186.
— und Protargon (Störk) 287.
Xanthomkörperbestimmung (Riehl) 287.
Xeroderma pigmentosum (Brandweiner) 189; (Leszczynski) 432; (Terebinski) 386; (Kudisch) 433; — familiare (Kudisch) 436; — ohne Pigmentation (Audry) 476.

Yaws s. Framboesia.

Zoster 32. 160. 242. 427. 564; (Solger) 33. 296; (Selenew) 438; — des Penis (Hawkins) 363.
— bei Infektionskrankheiten (Robin) 650.
— cervicalis 78.
— facialis (Kudisch) 526.
— ophthalmicus (Osterroht) 46; beim Kinde (Rachmaninow) 651; — mit Parese (Heydemann) 651.
— mit Geschwürsbildung auf der Zunge (Caramano und Guérin) 651.
— und Elektrizität (Petit) 79.
Zunge, schwarze (Kiefer) 261.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abadie 612.
Abel 613.
Abelmann, M., Beobachtungen über die orthostatische Albuminurie 495.
Abraham, P. S., Psoriasis und deren Behandlung 257.
Abramytschew 574.
Actuarius 66.
Adachi 379.
Adamkiewicz, Die Umwandlung des Krebses in Bindegewebe unter dem Einfluſs des Cancroïns 145.
— 145.
Addenbrooke, B., Bericht über Sclerema neonatorum bei Zwillingen 389.
Addison 134. 193. 379. 380. 381. 587. 643.
Adler 625.
Aeby, Chr. 123. 124. 132. 166. 170. 181.
Aëtius 66.
Afzelius 27.
Agéon, Prosper, Bucco-pharyngeale Komplikation bei Masern im Kindesalter 50.
Ajello 179. 183.
Akron 65.
Alafusow 374.
Albarran, Antrittsvorlesung 370.
— Klinik der Krankheiten der Harnwege 444.
— 489.
Albers-Schönberg, Aus dem Gebiete der Röntgenographie und Röntgentechnik 593.
— 594.
Albrechsen 604.
Albrecht 9.
Alessandrini, Scabies im Verlaufe eines in Heilung begriffenen Ekzems 524.
Alexander, L., Über Vaccineerkrankung des Auges 56.
Alexander, D. M., und Donaldson, R., Ein Fall von Ainhum 311.
Alglave, P., Beitrag zum Studium der durch maximale Senkung der rechten Niere hervorgerufenen Erscheinungen 426.
Allen, R. A., Ein Fall von allgemeiner Argyrie 392.
Almkvist, Johann, Über die Pathogenese der merkuriellen Colitis und Stomatitis 144.
Alquier 612.
Alth, E., und Huber, A., Das Biersche Verfahren bei Bubonen 264.
Alvarez, W. C., Die Spirochaeta pallida (Treponema pallidum) bei Syphilis 97.
Ancel, P., und Bonin, P., Röntgenstrahlen und Geschlechtsdrüsen 592.
Anghelovici, M., und Joanitzescu, G., Untersuchungen über Spirochaeta pallida 97.
Antonelli, A., Über die Häufigkeit und den pathogenen Mechanismus des Schielens bei Hereditär-Syphilitischen 371.
Apffel und Vautrin, Studie über die Wolffschen Cysten des Samenstranges 370.
Araki 500.
Aristoteles 66. 67.
Arnaud, Louis, Über entzündliche, syphilitische, tuberkulöse und blennorrhoische Striktur des Rektums; chirurgische Behandlung und Spätresultate 270.
Arnaud, P., Die Masern im Jahre 1894 in der Charité beobachtet bei jungen Mädchen 50.
Arndt, Lichen ruber 136.
— Lichen planus 136.
— Dermatitis herpetiformis 136.
— Syphilitiker mit Phlebititiden im Plexus pampiniformis 136.

Arndt, Lichen ruber verrucosus der Kopfhaut 232.
— Idiopathische Hautatrophie, sklerodermieartige 232.
— Circumskripte Depigmentierung
— Purpura annularis teleangiektodes Majocchi-Brandweiner 625.
— 136. 625.
Arning, Ed., Ein schwerer Fall von Morbus Raynaud 562.
Arnozan 614. 624.
Aronstam, Noah E., Scharlach und Pseudoscharlach; ihre Ätiologie und Differenzierung 570.
— Rationelle Behandlung der Urethritis 363.
— Pathologische Verhältnisse der Urethra, durch Urethroskopie diagnostiziert 365.
— Harnröhendivertikel und -Ausbuchtungen 453.
Aronson 48.
Arzberger 297. 485.
Asbeck, E., Die Behandlung frischer Wunden mit durch Wärme zum Austrocknen gebrachten Verbänden 594.
Aschoff, Carl, Über Radioaktivität der Kreuznacher Soolquellen 638.
Asselbergs, Fall zur Diagnose 521. 523.
— 522.
Assfalg, Über Behandlung mit Quecksilberlicht 592.
Astrié 213.
Audouin 475.
Audry, Ch., Über einen Fall von Xeroderma pigmentosum Kaposi, ohne Pigmentation 476.
— 598.
— 301. 307. 342. 616. 621. 624.
Augagneur 427.
Axmann, Über einen mittels Uviolstrahlen behandelten Fall von Ichthyosis diffusa 627.

Bab, Hans, Ein Beitrag zur Genese der Augenerkrankungen bei hereditärer Lues 251.
Babes, V., und Mironescu, Th., Über Syphilome innerer Organe Neugeborener und ihre Beziehungen zur Spirochaeta pallida 209.
— 614. 615. 624.
Babinski. Konjugale Tabes und Paralyse 204.
— Einige Einzelheiten über die Tabes und ihre Behandlung mit Quecksilber 205.
— 520.
Babler 324.
Bach, Erich, Ein Fall von Atrophia cutis idiopathica (Typus Herxheimer) 384.
Baer, Th., Zur Kasuistik der Hypotrichosis congenita familiaris 563.
Baermann 583. 535.
—, G., Über ein hämorrhagisches Exanthem mit Allgemeinerscheinungen 568.
Baginski, A., Über orthotische Albuminurie 496.
Baker, B. M., Dermatitis exfoliativa beim Neugeborenen (Ritters Krankheit) 254.
Baldwin, J. F., Eigenartiger Fremdkörper in der Blase 456.
Ball 612.
Balzer 242. 243. 612.
— und Merle, Ekzem mit Keratosis palmaris et plantaris 572.
— Atypische Psoriasis; Lokalisation auf der Lippen- und vielleicht auch auf der Zungenschleimhaut 572.
Bandelier, Zur Heilwirkung des Tuberkulins. Heilung eines Lupus durch Perlsucht-Alttuberkulin 63.
Bandini, Untersuchungen über die Spezifizität des Cytorrhyctes vacciniae 57.
Bang 604. 612.
Barabaschew, P. N., Echinococcus der Orbita 298. 436.
Baracz 602. 608. 610. 611. 612.
Barannikow, Ein Fall von Pemphigus chr. familiaris s. Epidermolysis bullosa hereditaria 433.
Barberio 298.
Barcock, W. Wayne, Spinalanästhesie durch Amyl. hydrochlor. in der Chirurgie der Harnwege 365.
Bargez 609.
Barjon, Die Behandlung der Lipome mittels der Röntgenstrahlen 79.
— 648.
Barkley, A. H., Die Diagnose der subparietalen Nierenruptur 473.
Barlow 172. 182. 593. 647.
—, H. W. L., Ein Fall von malignem Ikterus im Gefolge von Scharlach 48.
—, T. W. Naylor, und Beard, J. Fälle von Erythema scarlatiniforme, welche mit der Diagnose Scharlach ins Krankenhaus geschickt wurden 255.
Barnett, Charles E., Sattelnasendeformität, behandelt mit Paraffininjektionen 473.
Barr, Richard A., Circumcision 474.
Barret, G., und Redard, F., Behandlung der Keloide mit Strömen von hoher Frequenz 324.
Barski 358.
Barthélemy 523.
Bartholini 568.
Barycton 612.
Basedow 387. 388. 586.
Bassewitz 303.
Bateman 275.
Bauhin 267.

Baum 625.
—, Julius, Über Elektrophorese 563.
Baumgarten, Onkologische Mitteilungen 316.
— 13. 15.
Baumann, Karl, Über Geschwulstbildungen bei Tieren 313.
Baut 521.
Bayard, A., und Jadassohn, Über die Lepra im Kanton Wallis. Nebst Bemerkungen über exotische Leprafälle in der Schweiz 372.
Bayer 604. 612.
Bayet, Ikterus mit Pityriasis rosea Gibert 521.
— Neurofibrome 521.
— Doppelter Schanker 522.
— Sarcomatosis haemorrhagica multiplex 522.
— 521. 522. 523.
Bazin 3. 17. 193. 305. 320. 352.
Beard, J., und Barlow, T. W. Naylor, Fälle von Erythema scarlatiniforme, welche mit der Diagnose Scharlach ins Krankenhaus geschickt wurden 255.
Beatty, Wallace, Ein Fall multipler Leiomyome der Haut 194.
Beauperthuy 241.
Beauquey, Léon, Über die Vaccination bei Neugeborenen 54.
*Beck, S. C., Beiträge zur Kenntnis der Atrophodermien 545.
Beckmann 636.
Beer, A., und Hoffmann, E., Weitere Mitteilungen über den Nachweis der Spirochaeta pallida im Gewebe 97.
Beilstein 403. 405.
Beitzke, H., Über Spirochaeta pallida bei angeborener Syphilis 208.
Béla, Alexander 594.
Belfield, William T., Vereiterung der Samenstränge und Behandlung durch Injektionen in das Vas deferens 364.
— Die Verhütung der Epididymitis 483.
Belgodère, G., Behandlung der vereiterten sykosiformen Follikulitiden mit Resorcinpuder 260.
Bell, C. E., Suprapubische Enukleation der Prostata bei einem 78jährigen Patienten 491.
Benda, Über tertiäre Lues 148.
— 484.
Bender, E., Beiträge zur Ätiologie der Impetigo contagiosa 564.
— 612.
Benjamins 340.
Benischek, Eugen, Über 31 Fälle von Lumbalpunktion aus der Erlanger medizinischen Klinik 160.
Bennecke, H., Zur Frage der teleangiektatischen Granuloma 303.
—, A., und Jung, Ph., Experimentelle Untersuchungen über den Infektionsweg bei der Genitaltuberkulose des Weibes 502.
Bennett 162.
Bennewitz 76.
Bérard, A., Beitrag zur Kenntnis der Beziehungen zwischen Prostatakrebs und und Prostatahypertrophie 487.
Bergell, P., Zur Kenntnis des Hexamethylentetramins und seiner Salze (Cystopurin) 542. 599.
Berger, Das Epitheliom der Extremitäten 316.
— Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutis 433.
— 100.
—, F. R. M., Zur Färbung der Spirochaeta pallida 94.
— Dehner und Spüldehner bei Behandlung der Urethritis 437.
Bergmann, v. 308. 314.
—, Paul, Zur Prophylaxe der Blennorrhoe 538
Bériel, Syphilis der Lunge beim Kinde und beim Erwachsenen 84.
Bernard, Claude 496.
Bernhardt, R. 574.
Bernstein, Die Flaschenspritze 504.
Bertarelli 28. 148. 342. 581. 614.
—, A. 275.
—, E., Spirochaeta pallida und Osteochondritis 101.
— Über die Transmission der Syphilis auf Kaninchen 104.
Berthoud, G., Beiträge zur Kenntnis des Copaivaharnes 492.
Bertier, Louis, Über den Gebrauch der Schwefelwässer in der Behandlung der Syphilis 213.
Bertrand, G. J. V., Zur Kenntnis der hereditären Larynxsyphilis der Kinder 211.
Besnier 201. 242. 251. 550. 551. 614. 615. 623.
Bethke, Fritz, Über die Prophylaxe der Fufskrankheiten in der Armee 392.
Bettmann, Zur Frage der reflektorisch bedingten Hauterkrankungen 564.
— 442.
Beurmann 514. 572.
— de, und Gougerot, Die subcutanen Sporotrichosen (Sporotrichosis hypodermatica) 78. 300.
— — — Ein neuer Fall von subcutaner Sporotrichosis 572.
Bevan, A. D. 196.
Biach, M., Ein Fall von Arsenkeratose 259.
Bibra, v. 405.
Bicêtre 487.
Bichat 612.
Biedl 564.
Bier 74. 75. 149. 264. 266. 297. 426. 538. 540. 563. 595. 596.

Bierer, R., Zur Anwendung des Perhydrols 636.
Bierhoff, Freder., Eine modifizierte Endoskopröhre und Endoskopmesser 448.
Bignon, L. J. M., Beitrag zur Kenntnis der Hyperchlorurie bei Tuberkulose der Harnwege 498.
Bing, André, Über die Koplikschen Flecke. Ihre Bedeutung für die Diagnose und Prophylaxe der Masern 50.
Birch, C., Ein Fall von angioneurotischem Ödem des Kehlkopfes 647.
Birke, Br., Die in der königl. chirurgischen Klinik beobachteten Fälle von Lippenkrebs aus den Jahren 1891—1901 315.
Bisher, Peter, Ein Fall von kongenital-hereditärer Syphilis 473.
Bissel, Joseph B., Die Behandlung nach Prostatektomie 364.
Bizard und Laffout, Syphilitischer Schanker am Ringfinger infolge eines Faustschlags auf den Mund 242.
Bizièrer, Ch. F. M., Studie über Hauthörner 324.
Bizzozero 1.
Black, R. S., Bemerkungen über Lepra am Kap der guten Hoffnung 58.
— Eine neue Ansicht in bezug auf die Pathologie und Therapie der Lepra 60.
Blair, Thomas S., Behandlung des Erysipel 363.
Blancke, Paul, Zur Kasuistik der Augenerkrankungen bei Akne rosacea 268.
Blaschko, Diskussion über die Behandlung des Lupus vulgaris 29.
— Spirochaeta pallida 99.
— Weitere Beiträge zur Kenntnis der Spirochaeta pallida 100.
— Was leisten die neueren Behandlungsmethoden des Lupus vulgaris und welches sind ihre Indikationen? 422.
— Über die Häufigkeit des Trippers in Deutschland 530.
— Sapalcol, ein fester Seifenspiritus zu medikamentösen Zwecken 638.
— 33. 123. 136. 170. 181. 352. 378. 530. 531.
— und Fischel, L., Ein weiterer Beitrag zu den strichförmigen Hauterkrankungen 32.
Bleibtreu, Leopold, Scheinbare Makrochilie bei Hysterie 600.
Bloch, Ein rezidivierendes Erythema circinatum 367.
—, Arthur, Über einen Katheter-Dampfsterilisator mit Aufbewahrungsbehälter für die einzelnen Katheter 544.
—, Iwan, Das Sexualleben unserer Zeit in seinen Beziehungen zur modernen Kultur 478.
—, Maurice, Einige Fälle von tertiärer Syphilis der oberen Luftwege und des Pharynx 39.
Blochmann 55.
Bloebaum 642.
Blokusewski, Nur wenige Worte zum Schlufswort des Herrn Dr. Grosse-München 237.
— Entgegnung auf Dr. Grosses „Zur faktischen Berichtigung" 628.
— 236.
Blumenfeld, Anton, Experimentelle Untersuchungen über Ausscheidung von Bakterien und einigen löslichen bakteriellen Substanzen durch den Schweifs 564.
*Boas, J. E. V., „Larva migrans", eine Gastrophiluslarve in der Haut eines Menschen in Dänemark 505. 513.
Bocarius, In Anlafs der Bemerkung von Poehl über die Florencesche Reaktion 435.
Bockhart 364.
Bodin, Behandlung der hereditären Syphilis beim Neugeborenen mittels Hg-Injektionen 40.
— Zur Einspritzung von grauem Öl in der Behandlung der Syphilis 215.
— 602. 608. 609. 610. 611. 612.
Boeck 3. 288. 435. 566.
Bölsche, Wilhelm 478.
Boetticher, Noma, behandelt mit Formaminttabletten 308.
Boggs, Russell H., Röntgenstrahlen bei oberflächlichen Läsionen 592.
Bogrolo 514.
Bogrow, Über die Beziehung der Blastomyceten zu den Hautkrankheiten 359.
—, Mikroskopische Veränderungen der Haare nach Röntgenisation 515.
— 73. 75. 358.
*— S. L., Ein Fall von ungewöhnlicher Lokalisation des syphilitischen Primäraffektes 163.
— Quecksilberausscheidung bei Injektionen vom Salicylarsenat Hydrargyri (Enésol) 236.
Bohm, Guido, Über pigmentierte, schwimmhosenartige Naevi 396.
Boikow, Ein mit Radium behandeltes Cancroid des rechten unteren Lides 375.
— Die negativen Seiten der Radiumtherapie — lokale und entfernte neoplastische Adenopathie 436.
— Atrophia maculosa cutis 575.
Boinet 380.
Bois, Ch. du, Ichthyolbäder bei der Behandlung von Hautkrankheiten 634.
Bokaleinik, Hydraulischer Erweiterer zur Diagnostik und Behandlung von Strikturen usw. 374.
Bollinger 602. 606. 612.
Bonin, P., und Ancel, P., Röntgenstrahlen und Geschlechtsdrüsen 592.

Bonneau, Raymond, Kokainöl bei Harnkranken 426.
— Ein neuer Injektionsapparat für die Urethra 452.
Bonnet, Quecksilberexanthem in Form eines Erythema circinatum et iris 645.
— Kerion Celsi 260.
— 395.
Borchard, Sarkomatöses Unterschenkelangiom 318.
— Über eine von Varicen des Unterschenkels ausgehende eigentümliche Geschwulstbildung (Angiosarkom) 384.
Bord, Benjamin, Verwechselung von Syphilis mit Tuberkulose in einem Fall 240.
—, und Thibierge, Georges, Zwei Fälle von Sarcoides subcutaneum 367.
Bordères, René, Über primäre maligne Geschwülste der Clitoris 502.
Borel 80.
Bormann, Die parasitären Haarerkrankungen im Lichte von Sabourauds Forschungen 34.
Boross, E., Eine neue Behandlungsmethode der Prostata- und Samenbläschenaffektionen 485.
Borzecki, Eugen, Einiges zur Frage der Behandlung der männlichen akuten Blennorrhoe 565.
Bosc 612.
Boss, S., Die Behandlung der Syphilis mit Mergal 244.
— Über Behandlung der Cystitis. Erwiderung 458.
— 230. 453. 541.
Bosse, Histologisches und Radiologisches zur tardiven Form der hereditären Gelenklues 210.
— Hereditäre Gelenklues 562.
— 392.
Boston, A. Napoleon, und Shoemaker, John J., Gutartiges Cystenepitheliom 323.
Bottini 486. 487. 488.
Boucaud, J. L. de, Beitrag zur Kenntnis der Naevi als Zeichen der Malignität bei Tumoren (Trelatsches Symptom) 395.
Boucher, M., Die Bakterienflora des Tropengeschwürs 311.
Bouchet, Alfred, Über die urämische Intoxikation im Verlaufe der Scharlachnephritis 49.
Bouis, Marc, Über die sarkomatöse Degeneration benigner Hautgeschwülste und über deren Behandlung 318.
Bousquet, Gebrauch von Quecksilber und Durchlässigkeit der Nieren 633.
Bovo, P., Aspergillomykose des Fufses 308.
Bowen, John T., und Wolbach, S. B., Ein Fall von Blastomykosis: die Resultate von Reinkultur und Impfversuchen 309.
Brandt, Adolf, Ein Sanatorium für Hautkranke aus uralter Zeit 565.
Brandweiner, Reinfectio syphilitica 189.
— Xeroderma pigmentosum corneae 189.
— Alfred, Über Ichthyosis congenita 259.
— Sklerosis redux 293.
— Lupus exulcerans, Ulcus tuberculosum 358.
— Alopecia luetica 358.
— 292. 293. 625,
Brauer 511.
Brault 608. 609. 610. 611, 612.
Braun 268.
Brauner 593.
Brauns 425.
Breakey, William F., Phagedänische und serpiginöse Geschwüre und infektiöse Granulome 519.
Brehm 507.
Breisky 385. 503.
Brem, Walter V., Malariahämoglobinurie 498.
Bremerman, Lewis W., Behandlung der Pyelitis durch Nierenspülung 365.
Brenning, Max, Zwei Fälle von Atoxylintoxikation 362.
— Über Phenyform 636.
Briggs, C. E., und Macleod, J. R., Weitere Beobachtungen über experimentelle Glykosurie 500.
Brigidi, V. 614. 622. 624.
Brings, J., Ein Fall von Erythema gyratum menstruale 645.
Brinkerhoff, Walter R., Tyzzer, E. E., und Councilman, W. J., Studien über Impfungen mit Pocken und Vaccine bei Affen 54.
Broca 242.
Brocq, L., Traité élémentaire de Dermatologie pratique 82.
— 201. 234. 240. 241. 243. 274. 353. 470. 507. 546. 573.
Brooke, H. G., Varus nodulosus 261.
— 258. 323. 443. 444.
Brown-Séquard 372.
Bruas, F., Ein Fall von intermittierender orthostatischer Albuminurie während des Malariaanfalles 495.
Bruck, C., Neisser, A., und Schucht, A., Diagnostische Gewebs- und Blutuntersuchungen bei Syphilis 247.
—, und Wassermann, A., Eine serodiagnostische Reaktion bei Syphilis 87.
— 88.
—, Franz, Über die plötzlich entstandene, flüchtige Nasenröte und ihre sofortige Beseitigung durch Benzin 642.
Brücke 116. 179. 180.
Brüning 637.
Bruhns, Tödlich verlaufene Quecksilberintoxikation 625.
— Gürtelförmige Vitiligo 625.
— Elephantiasis recti 626.

Bruhns, C., Neuere Erfahrungen und Anschauungen über die syphilitischen Erkrankungen der Zirkulationsorgane bei akquirierter Lues 154.
— 156.
Brunner, H., Glycogen in der Haut 366.
Bruns, v., 267.
Bruthol z 392.
Brytschew, Zwei Fälle von Muttermälern: 1. Naevus pilaris pigmentosus et verrucosus und 2. Naevus verrucosus linearis et ichthyosiformis 374.
Bub, Georg, Über auffallende Klebrigkeit der roten Blutkörperchen bei einem Fall von Leber- und Milzschwellung 150.
Buba, Ludwig, Die Kontagiositätsdauer der Syphilis 89.
Buber, Oscar, Über ein einfaches Hilfsmittel in der Blennorrhoebehandlung 539.
Buchner, Georg, Eine Methode, den Eiweifsgehalt eines Harnes mit hinreichender Genauigkeit für klinische Zwecke in einer Stunde zu bestimmen 496.
Buchwald 384. 546.
Buday 220.
Büchner 74.
Bürger 517.
Bukowsky, J., Die pathologischen Veränderungen bei chronischem Harnröhrentripper 41. 201.
Bulkley, L. Duncan, Über die verkehrte und die richtige Verwendung von Milch bei gewissen Hautkrankheiten 139.
—, Die Heilung der Psoriasis. Eine Studie über 500 Fälle der Privatpraxis 257.
— 137. 138. 139. 140.
Bull, C. Stedman, Die Behandlung der durch akquirierte Syphilis bedingten progressiven Atrophie des Sehnerven 154.
Bullock 636.
Bumm 533.
Bunch, Lemare, Über Opsonine und die Behandlung durch bakterielle Vaccine 636.
— und Pernet, George, Die opsonische Behandlung gewisser Hautkrankheiten 191.
Bundt, G., Übertragung einer schweren, eitrigen Mundschleimhautentzündung durch den Fernsprecher 262.
Bunsen 594.
Burdick, Gordon G., Wunderlicher Erfolg bei Lupus vulgaris 363.
Burgaud, L. J. A. J., Über den Krebs des ektopischen Hodens beim Erwachsenen 483.
Burgis 31.
Burkhardt, E. 445.
Burshalow, Ein Fall von Nebenhodenabscefs 375.
Busch, Paul, Über idiopathische Hautatrophie und Sklerodermie 36.
Buschke 136.
—, A., Über symmetrische Schwellung der Schläfen und Wangen, hervorgerufen durch lymphocytäre Infiltrate in Muskulatur, Periost und Schleimhaut 565.
—, Über die Fürsorge für geschlechtskranke Schwangere und hereditärsyphilitische Kinder 585.
—, und Fischer, W., Zur Infektiosität der malignen und tertiären Syphilis 91.
— Ein Fall von Myocarditis syphilitica bei hereditärer Lues mit Spirochätenbefund 156. 210.
Busk, Gumi, Farbige Lichtfilter 480.
— Beitrag zu den Untersuchungen über die photochemische Hautreaktion 480.
Busquet 609. 610. 612.
Butler, Cecil A., Nervöse Zustände, veranlafst durch Phimosis und Vorhautadhäsion 474.
Butte, L., Über den Wert der spezialistischen Abteilungen für Venerologie 242.
— Die Nichtkontagiosität der Area Celsi 243.
— Der Gesetzentwurf betreffend die Prostitution und die Prophylaxe der venerischen Krankheiten in seiner von der aufserparlamentarischen Kommission angenommenen Fassung 427.
— Entspricht die Darreichung des Jods den mit seiner Anwendung verknüpften Nachteilen? 632.
Buttersack, Über den derzeitigen Stand einer prophylaktischen Behandlung der Scharlachnephritis mit Urotropin 49.
Byron 439.

Cadeac 612.
Cajal, Ramon y 208. 431.
Caminiti, Untersuchungen über die Lymphgefäfse der menschlichen Prostata 484.
Cammas, J., Das Eisen als Unterstützungsmittel in der Behandlung der Syphilis 246.
Campagnac 50.
Campana, Wie hat man das Vorkommen der Spirochaeta pallida Hoffmann bei der Syphilis aufzufassen? 523.
— Einige Bemerkungen über die Behandlung der Psoriasis 524.
— Leistungen und Aussichten einer dermatologischen Universitätsklinik 524.
— Trichophyton tonsurans der Hände 524.
— Über die Schwierigkeiten bei der Be-

handlung der syphilitischen Psoriasis sowie anderer syphilitischer epidermolytischer Erscheinungen an den Handtellern und Fufssohlen 524.
Campbell, James J., Ein Fall von primärer Syphilis der Nase 107.
Cannaday, John Egerton, Extraperitoneale Blasenruptur 474.
Canon 223. 229.
Canstadt 275.
Cappelli, Jader, Bemerkungen über den Stoffwechsel bei einigen Fällen von Psoriasis nach Behandlung mit physiologischer Kochsalzlösung 200.
Caramano, G., und Guérin, E., Herpes zoster auf dem vom zweiten und dritten Trigeminusaste versorgten Gebiete mit ausgedehnter Geschwürsbildung auf der Zunge 651.
Cariveno, René, Über den syphilitischen Zungenschanker 109.
Carpenter, G., und Neave, S., Mikroskopische und chemische Untersuchungen bei einem Falle von Sclerema neonatorum 388.
Carrière 609. 610. 612.
Casagrandi, Über einen neuen und konstanten bakteriologischen Befund beim ulcerierten harten Schanker 105.
Caspary 62. 123. 133. 166. 170. 181.
Castellani 627.
Cathelin, F., Über Cowperitis acuta blennorrhagica 241.
— Wann, wie und warum mufs man zur Prostatektomie raten? 490.
— Die Semiologie des Blutharnens 497.
Cazenave 3. 229. 373.
Cedercreutz, Axel, Über die Verhornung der Epidermis beim menschlichen Embryo 565.
Celsus 243. 260. 386.
Cerone, Vergleichende Untersuchungen über das Verhalten der Temperatur unter dem Einflusse des Tuberkulins A, des Adrenalins, des Morphiums bei Tieren mit lädiertem zentralen Nervensystem 523.
Chaillons 520.
Challand 614. 623.
Chambers, G., Ätiologie und Behandlung des Ekzems 140.
Chambon 608. 609. 612.
Chapuis, Pierre, Das Jodipin und sein Wert in der Behandlung der Syphilis 246.
Charcot 224. 480.
Charrasse, Leon, Katheterismus und Operation. Ihre wechselseitigen Beziehungen bei Prostatahypertrophie 453.
Chatin, Die Behandlung des Lupus mittels Bestrahlung im Hospital St. Louis 39.
Chauffard, Die syphilitische Hemiplegie 160.
— 392.
Chaussé 612.
Chaussy, Georg, Beiträge zur Klinik und Pathologie des Lupus erythematodes 385.
Cheatle, G. L., Die Beziehungen zwischen einem Hautnaevus und dem segmentalen Nervengebiete 443.
Chenet und Milian, Schanker der Mandel und der Lippe mit folgender sekundärer Syphilis 520.
Chevallereau 520.
Chiari 1. 157.
Chipman, E. D., Die Differenzierung der (sogenannten) seborrhoischen Affektionen der Kopfschwarte 253.
Chiraeg, M., Über Syphilisbehandlung in Aachen 371.
Christensen, C., und Hectoen, Ludwig, Zwei Fälle von generalisierter Blastomykose 309.
Chrzelitzer, Syphilis und der Spirochätenbefund 96.
Churchill, A. H., Tetanus nach Vaccination 55.
Chute, Arthur L., Chronische blennorrhoische Prostatitis 365.
Civatte, A., Die heutigen Ansichten über die Natur des Lupus erythematosus 572.
—, und Hallé, J., Beitrag zur Bakteriologie der Talgdrüsen 475.
Clarke 501.
—, J. Jackson, Bemerkungen über Syphilis, Carcinom usw. und einige Protozoen 94.
—, T. W., und West, S., Idiopathische Cyanose infolge von Sulph-Hämoglobinämie 642.
Clausen und Greeff, Spirochaeta pallida bei experimentell erzeugter interstitieller Hornhautentzündung 100.
Clemow, F. G., Mycetoma (Madura Foot) im Yemengebiet 310.
Coblenzer, A., Die Notwendigkeit der inneren Behandlung der Blennorrhoe 75.
Cocks, Edmund M., Ein Fall von Schleimhautpemphigus 261.
Coenen, Über multiples Gesichtscarcinom 314.
Cohn, M. 170. 182.
—, P., Ein Fall von paraurethraler Blennorrhoe 533.
Colat, Louis Pierre, Beiträge zur Hämatologie der Addisonschen Bronzekrankheit 380.
Coletti, Beitrag zum Studium der freien organischen Körper im Innern der Hodenserosa 482.
Coley, W. B., Die späteren Ergebnisse der Behandlung von inoperablen Sar-

komen mit einer Mischung der Toxine von Erysipel und Bacillus prodigiosus 318.
Colombino 446.
Colt, G. H., Verband nach Sectio alta vesicae 454.
Condulmer, Laryngitis stridula im Beginne der Masern (Koppsche Krankheit) 50.
Conner, John J., Fremdkörper in der Urethra 570.
Cooper 78. 595.
Constantin, E., und Levrat, Bemerkungen über das Verhalten des Blutes bei der Sklerodermie 367.
Conti und Zuccola, Der Übergang des Quecksilbers von der Mutter auf den Fötus 590.
Cordier, Albert H., Blasenstein, durch eine Nadel verursacht, welche vom Darmkanal in die Blase gewandert war 364.
Coriat, J., Über die Behandlung der Hautepitheliome mittels Röntgenstrahlen 316.
Corlett, W. T., Dermatitis vegetans 139.
— 138.
Councilman, W. J., Einleitung zu: Brinkerhoff, Walter R., und Tyzzer, E. E., Studien über Impfungen mit Pocken und Vaccine bei Affen 54.
Courmelles, Foveau de, Die medikamentöse Elektrolyse und Hautkrankheiten 242.
Cowper 446.
Cozette 613.
Craig, G. G., Verhängnisvolle Vergiftung durch äufsere Anwendung von Sublimat 639.
Cramer, H., Zur Frage der Scheidenspülungen 504.
Crassus, Hieronymus 69.
Créspin 609. 610. 612.
Cristoforetti, H. Leonello, Pellagra in frühester Kindheit 646.
Crocker 341. 616. 622. 624.
Cruyl 523.
Csillag, J., Was ist die Ursache des akuten Ekzems? 253.
— Beiträge zur Lehre der symmetrischen Gesichtsnaevi 443.
Csokor 511. 605. 612.
Cullingworth, C. J., Bemerkungen über den therapeutischen Wert der Sarsaparilla bei Syphilis 246.

Dacco, Die Prurigo Hebra 200.
Damiens 612.
Dammann, Die Impotenz und ihre Behandlung 481.
Danlos 243.
Danlos und Deroye, Syphilitischer Schanker des Auges 573.
Danziger, Felix, Zur Frühdiagnose des syphilitischen Primäraffektes 105.
— Über Spirochätenbefunde bei hereditärer Syphilis 208.
— 100.
Darier 3. 8. 17. 291. 339. 340. 341. 342. 367. 425. 443. 444. 515. 517. 522. 566. 617. 622. 624.
— Die Behandlung der schweren Conjunctivitis blennorrhoica mit organischen Silbersalzen 242.
— J., Die Gruppe der sogenannten seborrhoischen Krankheiten, die „Kerosis“ 239.
— und Roussy, G., Über subcutane Sarkoide 320.
—, M., Hauttuberkulide und abgeschwächte Tuberkulose 61.
Darnall, William Edgar, Multiple Neurome der Haut 324.
Dartiguez 612.
Daus, S., Zur desinfizierenden Wirkung des Formaldehyds auf die Schleimhäute 599.
Day, John C. O', Sterilität durch Verschlufs der Timbrien der Eileiter 363.
Deansley, E., Rupturen der Urethra im perinealen Gebiete innerhalb des Beckens 450.
Dedjurin, Zur Kasuistik der Raynaudschen Krankheit (Gangraena angiopathica) 375.
— Ein Fall von Doppelbildung der Urethra 377.
— Über die Syphilis des Gehirns 434.
— Ein Fall von Tendovaginitis blennorrhoica multiplex 435.
— Über die blennorrhoische Entzündung der Gelenke 435.
Degle, Hans, Eine eigentümliche Form einer toxischen Dermatose nach Antipyringebrauch 644.
Degny 608. 613.
Dehio, K., Ein Besuch des Leprosoriums Audaku auf der Insel Oesel 59.
Déhu 572.
Dekeiser, L. 521.
Delbanco, Ernst, und Jansen, Hans, Die histologischen Veränderungen des Lupus vulgaris unter Finsens Lichtbehandlung 468.
Delfino, Endothelioma cysticum cutaneum 328.
Delius, H., Über Enuresis und ihre suggestive Behandlung 447.
Delore 601. 608. 609. 612.
Demmler v. Henningen 612.
Denys 34.
Dercum 351.
Derléans 520.
Deroye und Danlos, Syphilitischer Schanker des Auges 573.

Desmoulière, A., Pharmakologie des Hydrargyrum lacticum 241.
— Pharmakologie des Hydrargyrum benzoatum 302.
Detre, L., Über den Wert der Phloridzinprobe 501.
Deycke-Pascha 593.
Djatschkow, Dem Andenken von P. I. Frolow 575.
— Zur Kasuistik der extragenitalen weichen Schanker 374.
— Drei Fälle extragenitaler harter Schanker 434.
Diday 107. 149.
Didrichsohn, W. K., Ein Fall von cerebrospinaler Syphilis zur Zeit des sekundären Exanthems 298. 436.
— Hysterische Arthralgie bei einem Syphilitiker 376.
Dieffenbach 267.
Diels, H. 66.
Diesing, Neue Beobachtungen bei der Jodoformbehandlung der Lepra 60.
Dieulafoy, Über Aortitis • syphilitica 157.
— Die veraltete tertiäre Syphilis 250.
Diokles 65.
Dixon, Arch., Behandlung der Cystitis beim Weibe 364.
Döhle 158.
Döhler, Oskar, Über Vaccineinfektion des Auges und einen neuen Fall von primärer Kornealinfektion mit Vaccine 56.
Dohi 267.
—, K., Über Pseudoxanthoma elasticum und über kolloide Degeneration der Haut 565.
Domanski, J., Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Lues und Tumor cerebri 160.
Domernikowa, A., Spirochaeta pallida im Lungengewebe bei Pneumonia alba 101.
Dominici, L., Die syphilitischen Arthropathien 249.
Donaldson, R., und Alexander, D. M., Ein Fall von Ainhum 311.
Donchin, Boris, Ein Beitrag zur Kenntnis des Morbus Basedowii 586.
Dor 300. 602. 608. 609. 610. 611. 612. 613.
—, Louis, Über Sporotrichose, ein Fall von multiplen, subcutanen Abscessen 303.
Doswald, C. 474.
Doutrelepont 87.
— und Grouven, Über den Nachweis von Spirochaeta pallida in tertiärsyphilitischen Produkten 100.
Dove, S. Ernest, Über Hautaffektionen bei verschiedenen Krankheitszuständen, speziell in bezug auf gewisse Angioneurosen 192.
Drabkin-Slutzky, B., Zwei Fälle von Adenomata sebacea 327.
Drechsel 403. 404.
Dreyer, Spirochätenbefunde in spitzen Kondylomen 143.
Dreysel 172. 182.
Drobuy, Syphilis der Prostata 152.
Drouel 612.
Drouet, Henry, Über die akute syphilitische Meningitis 161.
Druelle und Emery, Über hereditäre Syphilis und Prurigo Hebra 241.
Drüner 593.
Dubois-Havenith, Epitheliom des Gesichts 521.
— Fall zur Diagnose, Atrophodermie 521.
— Generalisiertes Xanthelasma 522.
— 521. 522. 523.
Dubreuilh, W., Traumatische Epidermiscysten an ungewohnter Stelle 240.
— Rezidivierendes Erythema scarlatiniforme 572.
Duca, Balanitis und Balanoposthitis nach Einwirkung von Euphorbiaceen 199.
Ducos, J. J., Zur Kenntnis des Epithelioma sebaceum penis 317.
Ducrey 75. 105. 355. 524. 569. 586.
Dudgeon, L. S., Das Vorkommen von Spirochaeta pallida in syphilitischen Läsionen 95.
Dühring 341.
Düring, E. v. 76.
Dufour, Epitheliom des rechten Handrückens 521.
— Blastomykose 523.
Duguet, Über die Nichtkontagiosität der Alopecia areata 243.
— 243.
Duhot, Rob., Abortivbehandlung der Syphilis durch intensive Therapie 40.
— Glossitis syphilitica sclerosa parenchymatosa im sekundären Stadium der Syphilis 150.
— Glossitis scleroparenchymatosa atrophica mit Leukoplakie und carcinomatöser Entartung 150.
— Hemiplegie syphilitischen Ursprungs, behandelt mit Injektionen von grauem Öl 160.
— Die Behandlung der Syphilis mit Injektionen von grauem Öl 215.
— Die Technik der Injektionen von grauem Öl 215.
— Vorstellung von Fällen, welche die intensive und abortive Behandlung der Syphilis mit Injektionen von grauem Öl demonstrieren 216.
— Ein neuer Operations- und Untersuchungstisch für urologische Zwecke 444.
— Autokatheterismus 452.
— Glossitis syphilitica parenchymatosa 522.

Duhot, Rob., Eine Hemiplegie syphilitischen Ursprungs 522.
— Spritze 523.
— Ein Fall von chronischer blennorrhoischer Epididymitis, geheilt durch Epididymotomie 533.
— 523.
Duhring, L. A. 137. 138. 188. 222. 223. 229. 302. 307. 352. 353. 428. 429.
Duménil, Prosper, Üer einige neue Operationsmethoden am Hoden und seinen Adnexen 483.
Dunham, Kennon, Technik bei der Behandlung des Epithelioms 362.
Dunlop, W. M. 56.
Duplay, Jaques, Über das primäre Chorioepitheliom der Vagina 502.
Dupré 267.
Dupuytren 449.
Durlacher, Zur Kasuistik der subcutanen Geschwülste an den Fingern 320.
Duval, Pierre, Über die operative Technik der transvesikalen Prostatektomie 78.
Duvoux und Gauthier, Über Radiotherapie und Carcinom 315.

Earp, Samuel E., Ein Fall von Urethrovesikalstein im Gewichte von 50 Gramm 451.
Eber 612.
Eberth 128.
Ebstein, Wilhelm, Über die pockenverdächtigen Formen der Varicellen 52.
Eckstein, G., Multiple symmetrische Lipome 321.
Edgren 158.
Egelhoff, William C., X-Strahlen bei Hautkrankheiten 363.
Egorow, Zur Kasuistik der galoppierenden malignen Syphilis 436.
Ehlers 507.
Ehrhardt 340.
Ehrlich, Über den Erreger der Syphilis 525.
— 224. 225. 429.
Ehrlich, L., Der Ursprung der Plasmazellen 373.
— 229.
Ehrmann, Über Spirochätenbefunde in den syphilitischen Geweben 94.
— Atrophia cutis idiopathica, Sklerodermie 190.
— Kompendium der speziellen Histopathologie der Haut 204.
— Plantarsyphilid 289.
— Reinfektion? 290.
— Chronisches Ekzem, Lichen simplex chronicus 290.
— Acrodermatitis atroph. Herxheimer 290.
— Lichen simplex chronicus Vidal 293.
Ehrmann, Die Therapie der akuten und chronischen Cystitis 457.
— Lichen, Ekzema scrophulosorum et Lichen atrophicans in scrophuloso cum depigmentatione 528.
— 63. 115. 117. 121. 122. 123. 125. 127. 128. 132. 166. 168. 169. 170. 173. 174. 179. 181. 182. 184. 185. 187. 188. 190. 216. 293. 352. 355. 357. 358. 549.
—, O., und Vieth, H., Die Nebenwirkungen der Balsamica 541.
Eichhorn 176. 177.
Einis, L. L., Zur Therapie des Favus des behaarten Kopfteiles 311.
Eiselsberg, v. 294. 396.
Eisen, Paul, Zur Kenntnis der Natur der Stomatitis mit Angina ulceromembranacea (Plaut, Vincent) 262.
Eitner 190.
*—, Ernst, Eigentümliches Verhalten einer transplantierten ichthyotischen Hautpartie 271.
Ellis, Havelock, Die krankhaften Geschlechtsempfindungen auf dissociativer Grundlage 476.
Elsenberg, Ant. 559.
Elsner, Fritz, Die Praxis des Chemikers bei Untersuchung von Nahrungs- und Genufsmitteln, Gebrauchsgegenständen und Handelsprodukten bei hygienischen und bakteriologischen Untersuchungen 527.
Eltzina, Ein Fall von partiellen Dystrophien auf Grund hereditärer Syphilis 376.
Emery, Über die Anwendung von grauem Öl bei der Syphilisbehandlung 302.
— und Druelle, Über hereditäre Syphilis und Prurigo Hebra 241.
Emödi, A., und Spitzer, J., Die Behandlung der Strikturen mittels Elektrolyse 452.
Empedokles 66.
Enderlen, Behandlung des Furunkels, Karbunkels und der Phlegmone 266.
Engel, C. S., Ein Beitrag zur Serumbehandlung der Syphilis 214.
Engelmann, Karl, Über die Beziehungen von Erkrankungen der Nebennieren zu Morbus Addisonii (im Anschlufs an einen Fall von totaler Nebennieren - Tuberkulose ohne Addison) 381.
Engman 426.
—, M. F., und Mook, W. H., Ein Beitrag zur Histopathologie und Theorie der Brom- und Joderuptionen 195.
Enke, Walther, Zur Kenntnis der infektiösen Diplegia facialis 161.
Erb, Zur Statistik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrauen 530.
— 161. 262. 530. 531.

Erben, Franz, Über aktive Immunität gegen Rhinosklerom- und Pneumobazillen 305.
—, S., Formikationen 587.
Esbach 496. 598.
Escherich 47.
Eschricht 510. 511. 513.
Esmarch 185. 288.
Eudokimow, Zur Kasuistik der Pityriasis rubra pilaris 375.
— Zur Kasuistik des Tripperrheumatismus und eines Muskelabscesses 376.
— Ichthyosis hystrix diffusa 433.
— Telalgia blennorrhoica chronica 526.
Eulenburg, Albert, Vorwort zu: Genußmittel — Genußgifte? von W. Röttger 204.
Evans, Joseph S., Stengel, Alfred, und White, J. William, Kryptogenetische Streptokokkeninfektion mit persistierender Hauteruption, Lymphdrüsenschwellung und Fieber, Syphilis vortäuschend 586.
—, Willmott, Der gegenwärtige Stand der Lupusbehandlung 299.
Evant, D., 122. 170. 181.
Ewald, C. A., Ein Fall von Periphlebitis syphilitica. Trombosis venae portarum 158.

Faber 608. 612.
Fabricius, Hieronymus 70.
Fabry-Dommagne 341.
Fabry, J., Über einen seltenen Fall von Naevus unius lateris (Naevus porokeratodes 235.
Facilides, Fritz, Beitrag zur Kenntnis der weiblichen Genitaltuberkulose 502.
Fadyeau, M., 605.
Faloppio, Gabriel 70.
Falby 605. 612.
Falconer, A. W., Zwei Fälle von Purpura haemorrhagica, von denen der eine eine eigentümliche Beschaffenheit der Retina aufwies 648.
Fano, Gustav, Sarkome und sarkoide Geschwülste 234. 361. 470.
Farup 31.
Fasal, Atrophia cutis idiopathica 188.
Fauconnet 501.
Fauveau, Emile-Pierre, Über Neuritis und Atrophie des Nervus opticus im Gefolge von Gesichtserysipel 304.
Favre 350. 559.
Fehleisen 318.
Fehling 493.
Feistmantel, Bericht über die Versuche zur Einschränkung der Geschlechtskrankheiten innerhalb der Garnison Budapest 584.
— Die Verbreitungswege von infektiösem Virus im menschlichen Organismus 585.
Felizet 604.
Fellner, Ottfried O., Ein Vorschlag zur Vermeidung der Kathetercystitis 457.
— und Neumann, Friedrich, Über Röntgenbestrahlung der Ovarien in der Schwangerschaft 529.
Ferguson, Alexander Hugh, Anzeigen zur Prostatektomie und die Erfolge der Operation 490.
Fernel, Johann 69.
Ferrand 608. 612.
—, Marcel, Ein Fall von Pemphigus vegetans benignus 571.
Ferrier, D., Über Tabes dorsalis 162.
Feuerstein, Leon, Referate 49. 63. 88. 91. 95. 98. 99. 100. 107. 148. 150. 151. 161. 203. 206. 212. 213. 214. 215. 216. 244. 248. 249. 251. 252. 257. 263. 264. 265. 266. 269. 304. 433. 444. 452. 457. 458. 482. 488. 489. 497. 499. 501. 504. 530. 533. 535. 590. 594. 598. 599. 600. 633. 634. 637. 639. 642. 645. 646.
Feuillé, Queyrat und Levaditi, Positiver Befund der Schaudinnschen Spirochäte in der Leber und Milz eines macerierten Foetus 101.
Feulard 250.
Finger, E., Die neuere ätiologische und experimentelle Syphilisforschung 93.
— Erythem 187.
— Leukaemia cutis 187.
— Untersuchungen über Reinfektion bei Syphilis 243.
— Lues maligna praecox 294.
— Lichen ruber accuminatus 357.
— Parapsoriasis 357.
— 89. 102. 184. 187. 188. 189. 250. 290. 293. 294. 295. 352. 353. 373. 429.
Finkelstein 109.
Finley, George W., Beziehungen der Blennorrhoe zur Schwangerschaft und Geburt 365.
Finsen 30. 61. 111. 114. 121. 123. 182. 232. 319. 351. 386. 422. 458. 468. 480. 481. 528. 529. 570. 591. 592.
Fiocco 425.
Fischel, Dermatitis herpetiformis 625.
— Plane Warzen 625.
— Tuberöses Xanthom 625.
—, L., und Blaschko, A., Ein weiterer Beitrag zu den strichförmigen Hauterkrankungen 32.
—, Richard, Über Sedimentuntersuchungen eiweißloser Harne bei therapeutischer Quecksilberapplikation 469.
Fischer, Zur Behandlung des Schweißfußes in der Armee 392.
—, Bernhard, Die experimentelle Erzeugung atypischer Epithelwucherungen und die Entstehung bösartig. Geschwülste 312.
—, Louis, Therapeutische Winke für Hautleiden von Kindern vom pädiatrischen Standpunkt 364.

Fischer, Max, Zur Anwendung der Stauungshyperämie nach Bier durch den praktischen Arzt 596.
—, W., und Buschke, A., Zur Infektiosität der malignen und tertiären Syphilis 91.
Fleig, Georges, und Tansard, André, Die Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen 370.
Fleischl 380.
Flemming 127. 579.
Florence 298. 435.
Florentin, René D. M. L., Über Schwefelwässer mit besonderer Berücksichtigung der Schwefelquelle von Dolaincourt (Vogesen) 639.
Flügge 581.
Focà, Die permanente Rötung der Haut bei der Insuffizienz der Nebennieren 643.
Fodéré, René, Heilung einer syphilitischen Bulbärparalyse 161.
Foisy, E., Über kongenitale Verengerungen der Harnröhre 451.
Fontan 213.
Fontana, A., und Pollio, G., Autolysin, Isolysin und spezifische Ambozeptoren bei der Syphilis 200.
Fontanel, Pierre, Modifizierter hypogastrischer Schnitt zur leichteren Auffindung des unteren und vesikalen Endes des Ureters 491.
Foote, Charles G., Chirurgische Behandlung der Hodentuberkulose 363.
Forchhammer 458.
Fordyce, John A., Demonstration von Lichtbildern 138.
— und Gottheil, William S., Dermatitis vegetans in ihrer Beziehung zu Dermatitis herpetiformis 197.
Forgue, E., Operationstechnik bei Hodenektopie 482.
Forster 614. 623.
Fotsy 311.
Fouquet, Ch., Über eine atypische, geradlinige Form der Spirochaeta pallida. Über Mikrobienembolien bei der Syphilis und ihre Rolle bei der Bildung von Gummata 631.
Fournier 229. 242. 245. 262. 371. 427. 551. 631. 651. 652.
—, A., Die Syphilis der verheirateten Frauen 79. 88.
— 152. 166.
—, Edmund 241.
—, J. L. M., Zur chirurgischen Therapie des Prostatakrebses 485.
Foveau, Die Behandlung der Röntgendermatitiden 648.
Fowler 219. 238.
Fox, C. 258.
—, G. H. 138. 139.
—, R. Hingston, Hämatogene Albuminurie 494.
—, T. 3.
Français 320.
Franceschini, Jean, Über den syphilitischen Ursprung einiger Uteruscarcinome 38.
— Beitrag zur Behandlung des Ulcus molle 430.
François 190.
Frank 448.
—, Ernst R. W., Über die Notwendigkeit der internen Behandlung infektiöser Urethritiden 296.
— Ein Fall von seltener Steinbildung in der Harnblase 437.
— Ein gewöhnliches Stativ für Cystoskopie, Urethroskopie und analoge Instrumente 437.
— Ein Fall von urethralem Defekt infolge von phagedänischem Schanker 438.
— Die tuberkulösen Affektionen der Geschlechtsorgane 575.
Fraenkel 267.
—, Eugen, Über die Möller-Barlowsche Krankheit (infantiler Skorbut) 647.
— 593.
—, Paul, Beitrag zur Kasuistik der Prostatasarkome im kindlichen Alter 486.
Fraser, L., Behandlung von Kryptorchismus 482.
Frauenthal, Henry W., Arthritis durch venerische Krankheiten 362.
Frédéric 602. 608. 609. 610. 612.
Fredrich, Carl 66.
Freeth, H., Varicella bullosa 53.
Freimark, Hans 44.
Frenkel 158.
Fresenius 236. 585.
Freudenberg 353.
Freudweiler 325.
Freund, Lupus vulgaris und Röntgenstrahlen 189.
— 73.
—, E., Über Anaesthesin-Ritsert als juckstillendes Mittel 391.
—, Leopold, Über die Schicksale des intramuskulär injizierten Hydrargyrum salicylicum 590.
— Über Phototherapie 591.
— R., Über den Zusammenhang von Sklerodermie mit Morbus Basedowii 387.
Freyer 488. 491. 629.
Frick, William, Behandlung von Blennorrhoe der Urethra anterior und ihrer Komplikationen 363.
— und Hall, Frank J., Generalisierte, multiple Pigmentsarkome, ausgehend von der Haut 319.
Friedenthal 100.
—, Hans, Welche Gewebsbestandteile in entzündetem Gewebe täuschen Silberspirochäten vor? 581.
— Über Spirochätenbefunde bei Carcinomen und bei Syphilis 582.
Friedländer 483. 625. 633.

Friedländer, M., Erfahrungen über Ektogan 599.
—, W., Zur internen Therapie der Blennorrhoen 542.
Friedmann, G. 551.
Frisch, v. 396.
Fritsche, v. 485.
Fröhner 604. 605. 612.
Froidure 149.
Frolow, Ein Fall von bedeutenden gummösen Deformationen der Gesichts- und Schädelknochen bei einem hereditären Syphilitiker 375.
— Gonitis syphilitica 376.
— Über Prurigo als eine Hautdystrophie 574.
—, P. J. 575.
Frugiuele, Elephantiasis, elephantiastische Zustände und Pseudo-Elephantiasis der Augenlider 304.
Fruhinsholz, A., Ein Fall von narbenartiger Hautmißbildung bei Mutter und Kind 476.
Fuchs 484.
—, Leonhard 69.
Fürbringer 353.
Fürst, Zur Therapie des Erythema und Ekzema intertrigo der Säuglinge 254.
Fürstenheim, Walter, Frühdiagnose und chirurgische Behandlung des Prostatacarcinoms mit besonderer Berücksichtigung der Bottinischen Operation als Palliativverfahren 486.
Fürth, Ernst, Allgemeine Bemerkungen über die Therapie der Syphilis 214.
Fuller, William, Nichtchirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie 364.
Futran, Arnold, Über einen Fall von multiplen Syphilomen des Herzens 155.
Fuyisawa 379.

Gabritschewsky, G., Über Streptokokkenvaccine und deren Verwendung beim Scharlach des Menschen 47.
— 47. 102.
Gad, P. V. 510.
Gärtner 54.
Gahinet 612.
Galen 66. 67. 68. 69.
Galeotti 178. 182.
Galewsky, Über Lupus erythematodes im Kindesalter 565.
— 33. 300. 504. 550. 551. 557.
—, E., Die wichtigsten Erkrankungen der Haut (mit Ausnahme der tuberkulösen Hautaffektionen) 41.
Galezowski, Jean, Erscheinungen von seiten des Sehkörpers infolge von tertiärer Syphilis bei den Tabetikern 520.
Galimberti, Harnröhrenpapillome auf syphilitischer, tuberkulöser und neurotrophischer Basis 199.
Gallant, A. Ernest, und Smith, Ernest Ellswooth, Fibroma mollus- 364.
Gallia, Beitrag zur histologischen Untersuchung der Haarbodenveränderungen in einem Falle von Favus 430.
Galli-Valerio 608. 609. 610. 611. 612.
Gallois 612.
Gamble, Robert Allen, Diagnostischer Wert der Leukorrhoe 363.
Gans, S. Leon, Behandlung des chronischen Harnröhrenausflusses 540.
Ganz, Karl, Die externe Behandlung der Blennorrhoe mit Arhovin 543.
Garceau, Edgar, Behandlung bei Steinen im unteren Teil des Ureters beim Weibe 363.
Garcia 122. 170. 181.
Gariopontus 66.
Gassmann 273.
Gaston, Paul, Allgemeine und lokale Erscheinungen nach Injektionen von grauem Öl, Embolie (Grippe mercurielle) 303.
— 243.
Gattone, V., Äther- und Chloräthyl-Spray bei der Behandlung der Pustula maligna und dem Lupus 308.
Gaucher, Ein Fall von begrenzter Nekrose des Oberkiefers im Anschluß an Injektionen von grauem Öl 302.
— und Malloizel, Sekundäre, auf Hg schlecht reagierende Syphilis; die kutanen Eruptionen werden von meningitischen Erscheinungen begleitet 572.
— 2. 241. 243. 302. 372. 520.
Gauthier und Duvoux, Über Radiotherapie und Carcinom 315.
Gautier 612.
Gayer, Beitrag zur Lehre von den Hauterkrankungen bei Neurosen 566.
Gebbert 453.
Gebert 136. 137.
Geets 41.
Gegenbaur 173. 391.
Geigel, R., Rückstauung des Urins nach dem Nierenbecken 493.
Gemma 646.
Genevois, Eugène, Beitrag zum Studium der cutanen Myome 324.
Gentile 452.
Georgii, Über die im Gefolge des Impfens zur Beobachtung kommenden Hauterscheinungen 55.
Gerson, Karl, Bemerkungen zu dem Vortrag von E. Metschnikoff: „Über Syphilisprophylaxe“ 212.
Giani, R., Beitrag zur Frage der aufsteigenden Tuberkuloseinfektion des Harnapparates 445.

Giani, R., Neuer experimenteller Beitrag zur Entstehung der Cystitis cystica 457.
Gibbs, Samuel G., Fremdkörper in der Blase 473.
Gibert 521.
Giemsa 94.*95. 97. 225. 309. 433. 580.
Gierke 101.
—, Edgar, Das Verhältnis zwischen Spirochäten und den Organen kongenital syphilitischer Kinder 208.
— Zur Kritik der Silberspirochäte 581.
Gieseler, Hans Rudolf, Über Jodbehandlung des Lichen ruber 307.
Gieson, van 194. 553.
Gilchrist, Thomas C., Ein Fall von Pityriasis rubra 139.
— 195. 238. 309.
Giorgini 149.
Giovanni, S. 126. 182.
Giralt, B., Zur Kenntnis der syphilitischen Aortitis 249.
Giry 386.
Giutillo, Folliculitis (Akne) exulcerans serpiginosa nasi (Kaposi und Finger) 378.
Glaessner, Karl, Über Abkühlungsglykosurie 500.
Glass, Julius, Über Spirochaeta pallida (Treponema Schaudinn) 95. 97.
Glenn, W. Frank, Behandlung der Blennorrhoe des Mannes 539.
Godelstein, Sophie, Über einen Fall von Meningitis basilaris syphilitica mit kombinierter Augenmuskellähmung 161.
Godron, Maurice, Über den plötzlichen Tod syphilitischer Kinder 93.
Goebel, Carl, Über die für Bilharziakrankheit typischen Urethralfisteln 296.
Götz, Referate 38. 52. 54. 56. 79. 85. 86. 95. 96. 98. 100. 109. 110. 145. 146. 147. 150. 153. 158. 159. 160. 161. 205. 206. 208. 209. 216. 251. 254. 260. 266. 267. 303. 308. 311. 313. 316. 317. 320. 321. 322. 324. 370. 384. 389. 390. 392. 393. 424. 427. 430. 448. 450. 452. 453. 457. 482. 485. 487. 488. 490. 493. 496. 528. 532. 533. 538. 540. 544. 574. 576. 585. 592. 595. 596. 600. 628. 631. 633. 645. 648. 649. 651. 652.
Gofferjé, Fritz, Einige Fälle von Polyserositis fibrosa 158.
Goldberg, Berthold, Die Prostatitis chronica cystoparetica 35. 487.
— Ursachen und Behandlungsmethoden schwerer Blutungen der Prostatiker 485.
— Besteht ein Zusammenhang zwischen Prostatitis und Prostatahypertrophie? 487.
— Die Anzeigen zur Radikaloperation der Prostatiker 489.
Goldenstein, Charlotte, Über vasomotorisches Pseudoerysipel bei Tuberkulösen 60.
Goldflam, S., Ein Fall von angeborenen Fisteln der Unterlippe 600.
Goldmann, Zur offenen Wundbehandlung von Hauttransplantationen 595.
—, H., Die Impfung unter Rotlicht 54.
Goldstein 236.
Gollasch 224.
*Golodetz, Lazar, und Unna, P. G., Neue Studien über die Hornsubstanz 399. 459.
Goodhue, E. S., Geschichte der Lepra auf Hawai von ihrem Ursprung bis zur Entdeckung des Leprabacillus bei Mosquitos (Culex pungens) und bei Bettwanzen (Cimex lectularis) durch den Vorstand der Lepramedizinalbehörde zu Molokai 362.
Gordon 491.
Gorisse, Alphonse, Heilung von Naevi vasculosis durch spontane Ulceration 444.
Gottheil, William S., Die Technik der intramuskulären Injektionen bei Syphilis 244.
—, und Fordyce, John A., Dermatitis vegetans in ihrer Beziehung zu Dermatitis herpetiformis 197.
Gougerot, H., Über Diagnostik der Syphilis und der subcutanen und cutanen Sporotrichosen 519.
— und Beurmann, de, Die subcutanen Sporotrichosen (Sporotrichosis hypodermatica) 78. 300.
— — Ein neuer Fall von subcutaner Sporotrichosis 572.
— 514.
Gouley 451.
Graaf 334.
Graefe 104. 120. 171.
Gräff 211.
Graeser, C., Bemerkungen über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der Handelsmarine 471.
Gram 476. 582.
Gramenitzki, Th. J., Zur Behandlung mittels Stauungshyperämie nach der Methode von Bier 596.
Graves 193.
Grawitz 229.
Greeff 120.
— und Clausen, Spirochaeta pallida bei experimentell erzeugter interstitieller Hornhautentzündung 100.
Greenbaum, Frederik, Urethralpolypen in der Menopause 365.
Greene, Charles, Welche wirksamen Maſsregeln gibt es zur Verhütung der Verbreitung der Syphilis und der Vermehrung der Prostitution? 247.
Grenier, Lebersyphilis mit starker Vergröſserung der Milz 149.
Griffon, V., Über die Diagnose der Blennorrhagie während der Inkubations-

zeit mit Hilfe von Kulturen auf Blutgelatine 371.
Griffon, V., Diagnose der Blennorrhoe während der Inkubationszeit mittels Kultur auf Blutagar 630.
Grinew, Die Veränderungen des Blutes beim Pemphigus foliaceus Cazenave 373.
Gröll, Narbige Verengerung der Pars bullosa urethrae 630.
Grosglik, S., Ein Fall von Zertrümmerung eines Fremdkörpers in der Blase 77.
Gross, Artur, Über die apoplektiformen Anfälle bei Tabes dorsalis 205.
Grosse 237. 628.
—, Otto, Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten 236. 585.
— Zur faktischen Berichtigung 299.
Grosz, Siegfried, Über eine bisher nicht beschriebene Hauterkrankung (Lymphogranulomatosis cutis) 269.
Grouven und Doutrelepont, Über den Nachweis von Spirochaeta pallida in tertiär-syphilitischen Produkten 100.
Grove, W. R., Eine mit Syphilis infizierte Familie 88.
Gruber 530.
Grünbaum 652.
—, A. S., Über einige Pseudoparasiten des Carcinoms 314.
—, und Smedley, R. D., Bericht über die Übertragbarkeit von Syphilis auf Affen 102.
Grünfeld 448.
Grund, S. 123. 128. 135. 166. 169. 170. 173. 181.
Guarnieri 57. 323.
Guérin, E., und Caramano, G., Herpes zoster auf dem vom zweiten und dritten Trigeminusaste versorgten Gebiete mit ausgedehnter Geschwürsbildung auf der Zunge 651.
Guhr, Michael, Heliotherapie der Psoriasis 258.
Guibe, M., Über Totalresektion der varikösen Saphena 383.
Guinard 610.
Guiteras, Ramon, Prostatektomie wegen Prostatahypertrophie, speziell in bezug auf die Leistungen amerikanischer Chirurgen 490.
Guizy, Barthélemy, Drei Fälle von Blasentumoren ohne Hämaturie 427.
Gurlt 69.
Guth, Hugo, Ein Fall von Pemphigus chronicus 566.
Guyon, Die Cystitiden nach gynäkologischen Operationen 457.
— Die Blutungen und die Hämorrhagien der Prostatiker 485.
— 370. 444. 447. 485. 487.
Guyot 509.
—, Francisque, Beiträge zur Behandlung blennorrhoischer Arthropathien. Punktion und Gelenkspülungen mit Sublimatlösung 536.

Haas 361.
Haacke, W. 178. 182.
Hack 392.
Haedicke, Georg, Über die Bärentraubenblätter und ihre Präparate, insbesondere über Uropural 597.
D'Haenens, E., Einklemmung von Uretersteinen in der Pars prostatica urethrae 631.
Haentjens, Die Verbreitung der Tuberkulose den Lymphgebieten entlang 86.
Haffkine 597.
Hahn 594.
—, F., Referate 36. 298. 562. 595.
Halban 483.
Halberstädter 594.
Halgand, Félix, Trichophytia barbae 260.
Halkin, Henri, Beitrag zum Studium der Hautsarkoide 566.
Hall, Frank J., und Frick, William, Generalisierte, multiple Pigmentsarkome, ausgehend von der Haut 319.
Halle, Ein Fall von Pityriasis rubra 256.
— 137. 580.
Hallé, J., und Civatte, A., Beitrag zur Bakteriologie der Talgdrüsen 475.
Hallopeau, Eine Ulcus molle-Epidemie 572.
— Nochmalige Vorstellung eines Falles von anormaler Ichthyosis mit blasigen Eruptionen 573.
— und Boudet, Über einen gonokokkenhaltigen Fistelgang des Präputiums 573.
— und Deshayes, Ein neuer Fall von Erythrodermie mycosique 573.
— und Lasnier, Narben nach papulonekrotischen Tuberkuliden 573.
— 197. 229. 243. 292. 301. 307. 308. 341. 378. 386.
—, Paul, Zur Kenntnis der malignen Prostatatumoren 485.
Halpern, J. 115. 116. 123, 180.
Hamann, Otto, Lepraliteratur für das Jahr 1906 373.
Hamburger 74. 507.
Hamel 380.
Hammann 307.
Hammar 484.
Hammarsten 403. 405. 420.
Hammer, W., Nachruf zum Breslauer Fürsorgetag 76.
— Bericht über die Verhandlungen des Allgemeinen Fürsorgeerziehungstages am 11. bis 14. Juni 1906 zu Breslau 76. 299. 517. 628.
— Seelenkundliche Bemerkungen zum Prozesse Regina Riehl in Wien 628.

Hammurabi 472.
Hamutina, Zwei Fälle von Sklerodermie 388.
Hansen, G. Armauer, Über Lepra und Fischnahrung 59.
— Das Impfen von Angiomen 327.
— Zu Hutchinsons Fischtheorie 373.
Harben 213.
Harder, Hans, Ein Beitrag zur Paralysis spinalis luetica 161.
Hàre 641.
Harris 648.
Hartmann, M., und Mühlens, P., Zur Kenntnis des Vaccineerregers 57.
— 384. 546.
Hartzell, M. B., Zwei Fälle von Pagetscher Krankheit behandelt mit Röntgenstrahlen nebst dem Ergebnis der in einem der beiden Fälle nach langdauernder Behandlung vorgenommenen histologischen Untersuchung 573.
— 195. 197. 198. 238. 342. 573. 612.
Haslund, Paul, Multiple Endotheliome der Kopfhaut 140.
Haupt 527.
Hawkins, John A., Herpes zoster des Penis 363.
Hayeur, Georges, Ein neuer Fall von Magensyphilis 151.
Hebra 3. 188. 200. 201. 267. 278. 288. 290. 302. 307. 428.
—, Hans v. 258. 290. 353.
Hecht, A., Monotal, ein neues externes Antiphlogistikum und Analgetikum 636.
Hectoen, Ludwig, und Christensen, C., Zwei Fälle von generalisierter Blastomykose 309.
Heermann, G., Der erste Skleromfall in Schleswig-Holstein 46.
Hefter, Zur Frage der Hautveränderungen bei der Syphilis 434.
— Ein Fall von blennorrhoischer Arthropathie mit Veränderungen der Knochen 527.
Heide, H., Ein Fall von linksseitigem, cavernösem Angiom der Unterextremität, regg. glutaealis, perinealis et pudendalis (Elephantiasis teleangiectodes) 326.
Heidingsfeld, M. L., Doppelinfektion mit genitalem und extragenitalem Schanker — Chancre à distance 105.
— Zur Histopathologie der Paraffinprothese 196.
Heile, B., Bemerkungen zur praktischen Anwendung des Isoforms 635.
Heim, Otto Heinrich, Über Lupus mit Tumorbildung 86.
Hein, Sanctorius über das Luftbad vor 300 Jahren 578.
Heinecker, Edgar, Zur Frage der Spezifität der Haarverletzungen durch scharfe und stumpfe Gewalten 587.
Heinrich, M., Zur Pathologie und Therapie der gutartigen Harnblasengeschwülste 455.
Heinze, Karl, Die Präventivbehandlung der Syphilis 214.
Hell 607. 612.
Heller, Lupus des Gesäfses 136.
— Ob Lichen ruber eine Unfallfolge sein kann 137.
— Über Syphilis der Caruncula sublingualis 158.
— 74. 100, 136. 157. 158. 351. 496. 625. 626.
—, Julius, und Rabinowitsch, Lydia, Einige Mitteilungen über die praktisch-diagnostische Verwertbarkeit der Untersuchung auf Spirochaeta pallida 99.
— 100.
Hellström, Thure, Morbilli und Diphtherie 50.
Henle 74.
Henking, Rudolf, Über Carcinom der ektopierten Blase nebst Urinuntersuchungen in zwei Fällen von Blasenektopie 456.
Henninger 605. 612.
Henry, N., Zur Scharlachuntersuchung 47.
Hensel, Hermann, Über zwei Fälle von Sklerodermie 388.
Héresco 489.
Herling, Victor, Erfahrungen über Jodfersanpastillen 635.
Herodot 472.
Hermann, Josef, Die Geschlechtskrankheiten und ihre Behandlung ohne Quecksilber 42.
Hernfeld, O., Arhovin zur internen Behandlung der Blennorrhoe 543.
Hertwig 175. 176. 178. 180. 182. 183.
Herxheimer 290. 384. 385. 546.
—, Karl, und Hübner, Hans, Über die Röntgenbehandlung von venerischen Bubonen 265.
— — Zehn Fälle von Mykosis fungoides mit Bemerkungen über die Histologie und Röntgentherapie dieser Krankheit 566.
—, und Opificius, Marie, Weitere Mitteilungen über die Spirochaeta pallida (Treponema Schaudinn) 98.
Hertzler, Artur E., Beziehung der Erkrankungen der Thyreoidea zu Vitiligo 363.
Herzog 616. 621. 624.
Hess 615. 622. 624.
Hesse und Stern, Carl, Über die Wirkung des Uviollichtes auf die Haut und deren therapeutische Verwendung in der Dermatologie 591.
—, E, Intoxikationserscheinungen nach Anwendung von Schwefelzinkpaste 627.
—, Friedrich, Über leichte Wärmeeinwirkungen auf die Haut 589.

Heubner, Zwei Fälle von ungewöhnlich schwerer Hautaffektion 109.
—, O., Zur Kenntnis der orthotischen Albuminurie 495.
— 17. 156.
Heuck, Ein Fall von kongenitaler Lues 210.
— 136. 210.
—, W., Acrodermatitis atrophicans cum sclerodermia 528.
Heuss 223. 229. 324. 382 383. 550. 551. 557. 558.
Heydemann, Johannes, Die Variationen des Herpes corneae nach den Beobachtungen der Rostocker Augenklinik vom 1. Oktober 1901 bis 1. Oktober 1904 nebst Mitteilung eines durch Facialis-Abducens- und Chordaparese komplizierten Falles von Herpes zoster ophthalmicus 651.
Heymann, Arnold, Heterotypischer Pseudohermaphroditismus femininus externus 501.
Heyrovsky, J., Durch Bakteriengifte erzeugte Haut und Schleimhautblutungen 648.
Higier, H., Was lehren uns die Bibel, der Talmud und das Evangelium über Lepra und Syphilis? 652.
Hildebrand 488.
Hildebrandt, Wilhelm, und Thomas, Karl, Das Verhalten der Leukocyten bei Röteln 51.
Himmel, J., Ein Fall von Porokeratosis Mibelli 526. 566.
Himmelstjerna 507.
Hippokrates 66.
Hirsch, G., Über schmerzlose subcutane Quecksilbereinspritzungen 244.
—, S., Zur Lokalisation des Furunkels 266.
Hirschberg, F., Über Entzündung der Netzhaut und der Sehnerven infolge von angeborener Lues 211.
Hirschfeld, Magnus, Vom Wesen der Liebe 439.
—, Max, Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität 43.
Hirschsprung 86.
His, Eine Epidemie von Mikrosporie in Basel 474.
Hiteff, J., Über maligne Degeneration der Naevi 395.
Hnátek, J., Beitrag zur Erkenntnis der Pathogenese der Raynaudschen Krankheit 646.
Hochheim, Antwort auf vorstehende Erwiderung 458.
Hoffmann, Curt, Ein Fall von totaler angeborener und bleibender Atrichie 395.
—, Emil, Über die Ausscheidungsgröfse von organischen Säuren im Harn unter verschiedenen Bedingungen, insbesondere beim gesunden Menschen 493.
Hoffmann, Erich, Experimentelle Untersuchungen über die Infektiosität des syphilitischen Blutes 89.
— Über die diagnostische Bedeutung der Spirochaeta pallida 100.
— Die Ätiologie der Syphilis 204.
— 97. 105. 438. 523. 580. 625. 626.
— und Beer, A., Weitere Mitteilungen über den Nachweis der Spirochaeta pallida im Gewebe 97.
Holländer 30. 288. 386. 422. 553. 625.
—, Eugen, Zur Behandlung der Schleimhauttuberkulose 62.
— Lepraverkündigungszettel, Leprazettel 232.
— Primäres Rundzellensarkom, Warziger Tumor 232.
— Syphilitische Gelenkentzündung 232.
— Die Heifsluftkauterisation und ihre Anwendung in der Chirurgie 594.
Hollstein, Folliclis 351.
— 625.
Holster, Rudolf, Studien über die Einwirkung gewisser Lichtstrahlen auf sensibilisiertes Gewebe 481.
Holzknecht 370. 392. 396. 593.
Hopf, Referate 42. 43. 45. 82. 439. 440. 473. 478. 480. 481.
Hopkins, George Gallagher, Behandlung des Carcinoms, besonders des Uterus-Cervixcarcinoms 474.
Hoppe-Seyler 402. 403.
Horner 268.
Hornung 80.
Hottinger, R., und Kollbrunner, O., Zur Frage der Kathetersterilisation 453.
Houllier, Hubert Edmond, Über die während der letzten vier Monate der Schwangerschaft erworbene Syphilis 88.
Houston, T., und Rankin, J. C., Das Blut in bezug auf Hautkrankheiten 140.
Howe, H. D., Ein ungewöhnlicher Fall von Harnverhaltung 491.
Huber, Alfred, Die Behandlung des Favus mittels Röntgenstrahlen 260.
— Zur Röntgentherapie der Carcinome und Hautkrebse 315.
— Das Ulcus rodens und dessen Röntgenotherapie auf Grund von drei Fällen 317.
— und Alth, E., Das Biersche Verfahren bei Bubonen 264.
Hubert, W. A., Zwei Fälle von Sclerema neonatorum 389.
Huchard, Die Behandlung der Sklerodermie 389.
Hübner, Hans, und Herxheimer, Karl, Über die Röntgenbehandlung von venerischen Bubonen 265.
— — Zehn Fälle von Mykosis fungoides mit Bemerkungen über die Histologie und Röntgentherapie dieser Krankheit 566.

Hübschmann, Clara, Zur Kenntnis der Aplasia pilorum intermittens (Monilithrix, Spindelhaare) 382.
—, Paul, Spirochaeta pallida und Organerkrankung bei Syphilis congenita 209.
Hudovernig, K., Ueber die Indikationen der antiluetischen Behandlung bei Tabes dorsalis und Paralysis progressiva 205.
Hunt, L., und Richards, G. M. O., Die in syphilitischen Läsionen gefundenen Spirochäten 95.
Hunter 374.
Huntley, E, Blasenstein, Sectio alta vesicae, Genesung 456.
Hutchinson 59. 60. 258. 373.
Hyde, J. Nevins, Der Einfluſs von Licht-Hunger bei der Entstehung der Psoriasis 137.
— 309.
Hyman, Samuel M., Ein Fall von Blennorrhoea des Mundes 537.
Hynitzsch, J., Über Glykosurie bei Graviden 501.

Jabonlay 609.
Jackson 519.
Jacob, F. H., Gumma im Gehirn 160.
Jacobi, Eduard, Eine besondere Form der Trichophytie als Folgeerscheinung des permanenten Bades 566.
— und Neisser, Albert, Ikonographia dermatologica 528.
Jacoby, S., Nitze, M., und Kollmann, A., Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Erkrankungen des Urogenitalapparates 45.
Jacobs 63.
Jacquet, Oedema ingens ac subitum brachii 528.
— 241. 243. 425. 517. 631.
—, L., Ein Beitrag zur Kenntnis der Area Celsi. Pseudo-Kontagium und falsche Epidemien 386.
Jadassohn, Tuberkulose der Haut 377.
— 2. 3. 23. 24. 233. 268. 293. 340. 341. 385. 533. 549. 550. 551. 552. 557. 559. 567. 615. 621. 624.
— und Bayard, A., Über die Lepra im Kanton Wallis. Nebst Bemerkungen über exotische Leprafälle in der Schweiz 372.
Jäger, Karl, Über einen Fall von Sarkom der Harnblase 456.
—, Kurt, Ein Fall von Totalexstirpation der Blase mit Einpflanzung der Ureteren in die Flexura sigmoidea 457.
Jakobsen, N. J. 510.
Jaksch, v. 499.
Jakson 340. 341.
Jamieson, Allan 162. 197. 255.
Jampolski, Fanny, Über das Vorkommen von Ernstschen Keratingranula in normalen und erkrankten Schleimhäuten mit besonderer Berücksichtigung der Blennorrhoe 579.
Janet 375. 424. 452. 540.
Janovsky 359.
Jansen, Hans, und Delbanco, Ernst, Die histologischen Veränderungen des Lupus vulgaris unter Finsens Lichtbehandlung 468.
Jarisch 1. 121. 122. 128. 131. 134. 166. 169. 170. 181. 229. 233. 567.
Jarotzky, A. 26.
Jasseron, Ferdinand A., Beitrag zur Kenntnis der chirurgischen Behandlung variköser Ulcera 383.
Jayle, M. F., Kraurosis vulvae 384. 503.
Jeanbrau, Die Behandlung der Prostatiker durch den praktischen Arzt 488.
Jeanselme 243.
—, E., Die Syphilitiker 109.
Jenner 225.
Jensen 604. 605. 612.
Jentsch, Ernst 476.
Jesionek, Über Leukoderma bei Lues, bei Psoriasis und bei Ekzema seborrhoicum 216.
— 232.
Jessner, S., Kosmetische Hautleiden 145.
— Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung 146.
— Mitinquecksilber als Schmiersalbe 361.
Ikeda, R., Über das Epithel im Nebenhoden des Menschen 484.
Immelmann 594.
Impens, Über Monotal, ein neues Guajakolderivat 635.
Ingrassia, Johann Philipp 68. 69.
Joanitzescu, G., und Anghelovici, M., Untersuchungen über Spirochaeta pallida 97.
Johne 603. 604. 605. 606. 612.
Johnson, Frank W., Nierenerkrankungen im Zusammenhang mit Blennorrhoe und ihre Behandlung 365.
Johnston, James C., Beweise für das Vorhandensein von einem autotoxischen Faktor bei der Entstehung bullöser Läsionen 138.
— Ekzema, eine Skizze über dessen Entstehung und Behandlung 252.
Johnstone, R. W., Pentosurie, chronische und alimentäre 498.
Jolles, A., Über Laevulosurie und über den Nachweis der Laevulose im Harn 499.
Jong, de 607. 611. 612.
Jordan, Arthur, Ein Beitrag zur Statistik der blennorrhoischen Epididymitis 374.

Jordan, Arthur, Zur Statistik der tertiären Syphilis in Moskau 469.
— Referate 73. 94. 97. 101. 102. 152. 248. 308. 328. 358. 377. 386. 388. 438. 514. 527. 541. 575. 588. 644.
Joseph, Max, Therapeutische Revue 34.
— Die Leukoplakie der Mundhöhle 262.
— Bemerkungen zu der Arbeit von Felix Moses über Bubonenbehandlung nach Bierscher Methode 264.
— Glossitis saturnina 362.
— Über Pruritus ani und Orthoformdermatitis 390.
— 89. 105. 149. 236. 262. 435. 516. 570.
Iselin, A., und Pasteau, O., Die Wiederherstellung des Perinealteiles der Urethra bei schweren Verletzungen des Perineums, bei traumatischen Harnröhrenstrikturen mit komplizierten Veränderungen und bei gewissen bisher als unheilbar betrachteten blennorrhoischen Strikturen 368.
Jürgensen 50.
Juettner, Otto, Klinische Verwendung des blauen Lichtes 365.
Julfeldt 300.
Juliusberg 3.
—, Fritz, Über das Pseudoxanthoma elasticum 566.
—, Max, Spirochäten beim spitzen Kondylom 566.
Julliard 608. 609. 610. 612.
Jullien, Ein neues diagnostisches Hilfsmittel 270.
—, Louis. Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injektionen 363.
— Die Blennorrhagie (seltene und wenig bekannte Formen) 528.
— 149. 561.
Jung, Ph., und Bennecke, A., Experimentelle Untersuchungen über den Infektionsweg bei der Genitaltuberkulose des Weibes 502.
Jungengel 267.
Jungmann 190. 288. 341.
—, Alfred, Ein Hängestativ für röntgentherapeutische Zwecke 528.
— Neuerungen im technischen Betrieb der Finsenmethode 523.
— Ärztlicher Bericht aus der Wiener Heilstätte für Lupuskranke über das Jahr 1905 529.

Kaczvinszky 304.
Kader 452.
Kaesbohrer, Joseph, Der syphilitische Primäraffekt an den Tonsillen 107.
Kafler 605. 613.
Kahane, Max, Ein Fall von Hyperhidrosis mit lokaler Applikation von Hochfrequenzströmen behandelt 391.
Kalley, A. Stephan, Innere Behandlung der Blennorrhoe 542.
Kalmus, Ernst, Über den anatomischen Befund am Urogenitalapparate eines 57jährigen Paranoikers, 26 Jahre nach Selbstkastration 446.
—, Friedrich, Über den Einfluſs der Muskeltätigkeit und des Opiums auf die Zuckerausscheidung bei Phloridzinglykosurie (mit Versuchen am eigenen Körper) 501.
*Kanitz, Heinrich, Über einen Fall von Pemphigus foliaceus (nebst einigen Bemerkungen über das Wesen der „Hämatodermitiden") 217.
— Über die Behandlung des Hautkrebses mit Röntgenstrahlen 142.
— Beiträge zur Kenntnis der Pityriasis rubra (Hebra) 255.
— Ein Fall von Pemphigus foliaceus 261.
Kanoky, Philipp, Röntgentherapie in der Dermatologie 474.
Kaposi, M. 1. 123. 170. 181. 188. 224. 258. 318. 319. 340. 341. 352. 353. 373. 433. 476. 511. 512. 517. 518. 528.
Kapp, Josef, Zur Behandlung der Nasenröte mittels des galvanischen Stromes 642.
Kappis, Max, Experimente über die Ausbreitung der Urogenitaltuberkulose bei Sekretstauung 446.
Kapsammer 396.
Karg 115. 116. 123. 125. 126. 132. 166. 180.
Karlinski, Justin, Die Silbertherapie der Syphilis 245.
Karpok, Die Bedeutung der Untersuchung des Urins auf Hg für die Behandlung der Syphilis 375.
Karwacki, Leon, Über die Flora der Geschlechtsorgane im gesunden und kranken Zustande 41. 202.
Kary 340. 341.
Kaufmann, R., Erwiderung auf die Abhandlung von Dr. Boss: Über die Balsamtherapie der Blennorrhoe 540.
Kaupe, Wilh., Ikterus im Verlaufe von Scharlach 392.
Keersmaecker, de, Die Behandlung der Urogenitaltuberkulose mit Tuberkulinpräparaten 34.
— Über Lipurie 297.
Keil, Die Gonosantherapie bei Cystitiden der Prostatiker 191.
Keith, A., und Miller, C., Beschreibung eines Herzens mit gummöser Infiltration der auriculo-ventrikulären Fasern 250.
Kelch 392.
Keller, Paul, Über einen Fall von Plattenepithelkrebs einer ekstrophierten Harnblase und seine operative Behandlung 456.

Kellner, Erich, Beitrag zur Kenntnis der Hautcarcinome der Nase mit Benutzung der in der Zeit vom 1. Dezember 1895 bis zum 1. April 1904 in der Königl. chirurgischen Universitätsklinik zu Göttingen behandelten Kranken 315.
Kennedy, S. R. Mallory, Ein Fall von multiplen Ulcera dura 105.
Keyser, de 199.
Khautz, Anton v., Gasphlegmone nach Perforation eines Meckelschen Divertikels 266.
Kiefer, Hugo A., Ein Fall von schwarzer Zunge 261.
—, O. 44.
Kjelgaard 513.
Kienböck, Robert, Über Radiotherapie der Haarerkrankungen 235.
— 396. 527.
King, Willis P., Die Beziehungen zwischen Syphilis und Carcinom der Schleimhäute 92.
Kirejew, Zur Kasuistik der sog. Scarlatina medicamentosa 644.
Kirmisson, Die Hodenverlagerung 482.
Kissel, Ein Fall von Pemphigus vulgaris 436.
Kissling 593.
Kitt 604. 605. 606. 607. 610. 613.
Klapp 264.
Klasske, Waldemar, Die innerhalb einer Hausepidemie an zwei „toxischen" Scharlachfällen beobachtete Wirkung des Aronsonschen Antistreptokokkenserums, beurteilt auf Grund einer kritischen Durcharbeitung der Literatur 48.
Klebs 50. 107.
Klein, Leopold, Vier Fälle von Epithelcysten 323.
Kleintjes, L. L., Über einen Fall von Epithelioma adenoides cysticum (Brooke) 323.
Klemperer 151.
Klieneberger 470.
Klindt, Ernst, Hypospadie in Kombination mit hochgradiger Phimose 448.
Klingmüller, Über Scharlach, kompliziert mit Ikterus 49.
— Lues verrucosa et jododerma 528.
— 3. 198. 236. 245. 384.
—, Victor, Über Lupus pernio 566.
Klotz, Hermann G., Über Alopecia syphilitica 518.
— 519.
Klug, Viscolan, eine neue Salbengrundlage 640.
Knies 268.
Knowles, Frank Croz., Extragenitaler und urethraler Schanker 106.
— Über multiplen Schanker, Mitteilung eines Falles mit fünf Initial-Sklerosen am Penis 248.
Knox, R., Ein Fall von Aktinomykose der Wange; Heilung durch Jodkalium 310.
— Noch ein Fall von Aktinomykose 310.
Koch 1. 3. 385. 476. 636.
Kodis 134. 166. 169. 182.
Köbner 433.
Kölliker, v. 123. 124. 131. 132. 166. 170. 182.
Körbl, Spontanfraktur bei luetischer Osteomyelitis 356.
Kohn, Albert, Dürfen Krankenkassen hygienische Kongresse beschicken 470.
Kolb, Karl, Einfluß der Rasse und Häufigkeit des Krebses nach dessen Verbreitung im Kanton Bern 314.
Kollarits, B., Referate 147. 205. 210. 249. 253. 254. 256. 260. 261. 264. 316. 389. 444. 450. 452. 458. 485. 491. 501. 539. 542.
Kollbrunner, O., und Hottinger, R., Zur Frage der Kathetersterilisation 453.
Kollmann 448. 540.
—, A., Nitze, M., und Jacoby, S., Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Erkrankungen des Urogenitalapparates 45.
Kopp, Zur Beurteilung der Erbschen Statistik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrauen 530.
— 50.
—, C., Zur Frage der Natur und Behandlung der Leukoplakie der Schleimhäute 567.
Kornfeld, Ferdinand, Zur Pathologie der Sklerodermie und des Morbus Basedowii 387.
— Zur Kasuistik der Bakteriurie 497.
Korybut, B., Über einen Scharlach simulierenden Fall von Chininintoxikation 644.
Koslowsky 74.
Kossmann, Zur Statistik der Blennorrhoe 530.
— 531.
Koujetzny, Georg Ernst, Glykosurie nach Frakturen 501.
Kouvitschinsky, Catharina, Beitrag zur Kenntnis der Blennorrhagie bei kleinen Mädchen, mit besonderer Berücksichtigung der Lokalisation 538.
Kracht 341.
Krassnoglasow 74. 75.
Kraus, 189. 564.
—, Alfred, Mitteilungen über Spirochätenuntersuchungen 99.
— Beiträge zur Kenntnis des Erythema induratum (Bazin) 305.
— Zur Technik der Spirochätenfärbung 580.
—, Frederik, Augenekzem im Kindesalter 254.
— Joseph, Über Tumenolammonium in der Dermatologie 236.

Kraus, R., und Kren, O., Über experimentelle Erzeugung von Hauttuberkulose bei Affen 60.
Krause 309.
Kreibich, K., Erwiderung auf den Vortrag L. Töröks: „Die Angioneurosenlehre und die hämatogene Hautentzündung" 641.
— 229. 474. 641. 567.
Kreitag, Über neuropathische Entzündungen 474.
Kren, Otto, Sklerodermie 186.
— Erythema multiforme 186.
— Über Lupus erythematodes des Lippenrots und der Mundschleimhaut 233.
— Lupus pernio 289.
— Diffuse Sklerodermie, auch am Frenulum linguae 289.
— Geschwüre 289.
— Lichen und Ekzema scrophulosorum 292.
— Teleangiectasia annulata oder Purpura teleangiectodes annularis 292.
— Ein Beitrag zur Neurofibromatosis Recklinghausen 321.
— Erythema vesic. und bullosum (multiforme) 357.
— Atrophia cutis idiopathica 357.
— Ecthyma gangraenosum 357.
— 292. 293. 355.
—, und Kraus, R., Über experimentelle Erzeugung von Hauttuberkulose bei Affen 60.
Kreuder, Henry, und Toeplitz, Max, Das Rhinosklerom 46.
Kreuzeder, R., Phlegmone als Komplikation von Varicellen 53.
Krösing, Rudolf, Erfahrungen über Karbolsäure bei Hautkrankheiten 567.
Krompecher 314. 522.
Kroner, Ein Blick in die Geschichte der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 472.
Kromayer, Schmierkur und Schmiersalbe 34.
— Quarzlampe 232.
— Die Anwendung des Lichtes in der Dermatologie 590.
— Lupus, Quarzlampe 625.
— 119. 129. 166. 169. 170. 181. 232. 351. 352. 396. 422.
Krueger, Ein Fall von intraperitonealer Blasenruptur 454.
Krynski, L. v. 26.
Krzyszkowski, Über die Behandlung des Erysipels mit Jothion und Chinin 304.
*Krzysztalowicz, Franz v., Die Botryomykose 601.
— 194. 202. 617. 621. 622. 624.
Kučera 602. 610.
Kudisch, Blennorrhoea insontium 298.
— Ein Fall von Naevus pigmentosus pilosus verrucosus 374.
Kudisch, Xeroderma pigmentosum Kaposi s. Carcinomatose épithélide 433.
— Drei Fälle von Xeroderma pigmentosum in einer Familie 436.
— Ein Fall von Syphilis hereditaria mit Beteiligung des Nebenhodens (sekundäre Epididymitis) 436.
— Eine Reihe von Tripperfällen bei Kindern (Blennorrhoea insontium) 437.
— Ein Fall von knotiger Lepra (Lepra tuberosa) 437.
— Pemphigus vulgaris benignus 438.
— Zwei Fälle von professioneller syphilitischer Infektion. Syphilis insontium 526.
— Ein Fall von Herpes zoster facialis 526.
Kühne 404.
Kühner, Enuresis nocturna 446.
Külbs, Über Endocarditis blennorrhoica 537.
Kümmell 396.
Küsel, G. A., 165. 166.
Küster 396.
Küttner 303. 613.
Kuhn, Franz, Tüll bei der Transplantation 544.
Kuntz, Ernst, Über Keratitis superficialis als Folgekrankheit von Acne rosacea 258.
—, Helmuth, Über Melanome 378.
Kyrle, J., Pagets Disease 187.
—, Naevogenes Alveolarsarkom 295.
—, Drüsenkrebs der Mamma unter dem klinischen Bilde von Pagets Disease 360.

Labbé, M., Anaemia perniciosa syphilitischen Ursprungs 246.
Ladenburg 403.
Laer, van 405.
Laffout, Gumma der linken Mandel, Syphilis maligna praecox 372.
— und Bizard, Syphilitischer Schanker am Ringfinger infolge eines Faustschlags auf den Mund 242.
Lambkin, F. J., Sogenannte maligne Syphilis und deren Behandlung 148.
Lanceraux 145.
Landsteiner 102. 189. 429.
—, K., und Mucha, V., Zur Technik der Spirochätenuntersuchung 580.
Lang, Eduard, Mitteilungen aus der Wiener Heilstätte für Lupuskranke 528.
— 190. 341. 357.
Lanz, A., Santyl, Ein neues antiblennorrhoisches Mittel 541.
Lapinski, St., Uber Gipskristalle im menschlichen Harn 492.
Laquer 74.
Laskoranskaja 437.
Lassar 362. 386. 642.
Lassneur, Beitrag zum Studium der Trichorrhexis nodosa 199.

Laubie 608. 609. 610. 613.
Laurençon 613.
Lawson 503.
Lazarus 229.
Le Berre 612.
Leclainche 613.
Ledermann, Reinhold, Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten durch die Krankenkassen 110.
— Lichen ruber des Zungenrückens 136.
— Primäraffekt am Daumen 232.
— Lichen ruber der Mundschleimhaut ohne Beteiligung der äußeren Haut 307.
— Uber Leukoderma psoriaticum 567.
— Die Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten 576.
— 172. 182. 318.
Leduc, Henri, Die Syphilis in der Maternité de l'hôpital Tenou 1905—1906 247.
Le Fort 456.
Legrain 608. 613.
Legroux 613.
Legueu, M. F., Über Rezidive von Blasenpapillomen 456.
Lehmann, Ein Fall von hämorrhagischem Infarkt und Nekrose des Hodens 483.
—, K. B., und Neumann, Atlas und Grundriß der Bakteriologie und Lehrbuch der speziellen bakteriologischen Diagnostik 439.
Lehnerdt, Bruno, Bericht über 38 Fälle von Stauungspapille 154.
Leiner, Carl, Hypertrichosis localis congenita 187.
— Vitiligo 288.
— Psoriasis im Säuglingsalter 355.
— Hereditär-luetisches Kind 355.
— Ein Fall von Bromexanthem bei einem mit der Brust genährten Säugling 364.
— Alopecie bei hereditärer Syphilis 473.
Leishman 51.
*Leistikow, Leo, Über Mergal, ein neues Antisyphilitikum 230.
— 245.
Leiter, Josef 264.
Lemaire 152.
—, Henri, und Marfan, A. B., Beitrag zum Studium der Komplikationen durch Seruminjektionen. Erythema marginatum aberrans 643.
Lenaux 605. 612.
Lengfellner, Karl, Die Behandlung bei äußerem Milzbrand in der Königl. chirurgischen Universitätsklinik zu Berlin (v. Bergmann) 308.
Lenhartz 593.
Lenormant 613.
Leonard, Charles Lister, Therapeutische Anwendung und Gefahren der Röntgenstrahlen 592.
Leonus, Dominicus 69.
Leopold, Eugène J., Über die Einwirkung von Salzen auf die Nieren (im Tierexperiment) 493.
— Über die Hämolyse bei Nephritis 497.
—, G., Zur Gonokokkenperitonitis im Wochenbett. Laparotomie. Drainage. Genesung 537.
Leredde, Gefahren und Kontraindikationen der Radiotherapie bei den Hautepitheliomen 316.
— Hyperhidrosis und Bromhidrosis axillarum 392.
— Nervensystem und Hautkrankheiten 427.
— 222. 223. 224. 227. 229. 243. 341. 428. 429.
— und Martial, R., Lichenifikation der Vulva, geheilt durch einen chirurgischen Eingriff. Beziehungen zwischen Lichenifikation und Leukoplakie der Vulva und Kraurosis 430.
— Die Kontraindikationen der Röntgenbehandlung bei den Hautepitheliomen. Pagetsche Krankheit und Röntgenbehandlung 573.
Le Sourd, L., und Pagniez, Ph., Die Spirochaeta pallida im Blut von Syphilitischen 240.
Lespinasse, Victor D., Erfolgreiche Entfernung einer filiformen Bougie aus der Harnblase eines Mannes durch endovesicale Manipulationen 456.
Lespinne, V., Über die Wirkung von Tuberkulin von Jacobs in Fällen von Tuberkulose, die das Gemeingut der Dermatologen bilden, d. h. in Fällen von Lupus, Scrophulodermen und Lymphadenitiden 63.
— 521. 522. 523.
Lesser, E., Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Teil II. Geschlechtskrankheiten 438.
— 30. 386. 497. 625.
Lesseliers, Beitrag zum Studium des Lichen scrophulosorum 198.
Leszczynski, Roman, Zwei Fälle von Xeroderma pigmentosum Kaposi 432.
Letulle, Maurice, Die Hg-Stomatitis 634.
Leube 388.
Leuriaux 41.
Leuthreau, Emile, Zur chirurgischen Behandlung der Hodenektopie beim Kind 482.
Levaditi, M. C., Morphologie und Züchtung der Spirochaeta refringens 93.
— Die pathologische Histologie der kongenitalen Syphilis und ihre Beziehungen zur Spirochaeta pallida 208.
— La spirillose des embryons de poulet dans ses rapports avec la tréponémose héréditaire de l'homme 359.
— Über eine erfolgreiche Übertragung

von Balanoposthitis circinata auf einen Schimpansen und die Tätigkeit der Spirochaeta refringens dabei 448.
Levaditi, M. C. 94. 95. 98. 101. 208. 247. 575. 581. 626.
—, Queyrat und Feuillé, Positiver Befund der Schaudinnschen Spirochäte in der Leber und Milz eines macerierten Foetus 101.
— und Wallich, V., Untersuchungen auf das Vorhandensein der Spirochaeta pallida im Mutterkuchen 101.
Levrat und Constantin, E., Bemerkungen über das Verhalten des Blutes bei der Sklerodermie 367.
Lévy-Bing, Über Hydrargyrum lacticum bei der Behandlung syphilitischer Kinder 241.
— 151. 567.
Levy-Dorn 593. 594.
Lewandowsky 328. 515.
Lewit, J., Tabische Sehnervenatrophie bei hereditärer Lues 211.
Leyden, E. v., 323. 627.
Leydig, F., 117. 125. 178. 179. 180. 183.
Licharew, Zwei Fälle zur Diagnose 358.
— Petrificatio cutis 515.
— 515.
Lichtenberger 593.
Lichtenstein, Einiges zur Bierschen Stauung 596.
Lichtenstern 4.
Lichty, D., Dermatitis durch ein Butterfärbemittel 650.
Liebmann, Harry, Das Rhinophyma und seine chirurgische Behandlung 267.
Liebreich 287.
Linck, Oskar von, Über Kraurosis vulvae 502.
Lindenstein, Erfahrungen mit der Bierschen Stauung 595.
Lindner, G., Uber Beobachtung und Behandlung eines gichtischen Hautleidens 645.
Lindwurm 90. 91.
Lingner 390.
Linke, Dymal 599.
Linser, P., Über die Epidermolysis bullosa hereditaria und ihren Zusammenhang mit der Raynaudschen Krankheit 568.
Lion, Victor, Zur Abortivbehandlung der Blennorrhoe 568.
Lipschütz, B., Zur Kenntnis der Spirochaeta pallida im syphilitischen Gewebe 94.
— Über die Beziehungen der Spirochaeta pallida zum Hautpigment syphilitischer Effloreszenzen 626.
Littlewood, H., Ein Fall von Sectio alta vesicae und Enukleation der Prostata bei einem Greis; Heilung 491.
Lochner, Gustav, Über Prostatektomie 490.
Loeb, Fritz, Über den therapeutischen Wert des Pyrenols nebst Bemerkungen zur Frage der Salicylwirkung auf das Urogenitalsystem 447.
— Referate 47. 48. 50. 51. 54. 56. 57. 60. 87. 88. 89. 93. 95. 96. 97. 101. 107. 109. 149. 150. 152. 154. 156. 158. 159. 160. 161. 205. 245. 246. 247. 249. 258. 260. 263. 266. 268. 304. 305. 307. 308. 310. 313. 315. 316. 317. 318. 319. 323. 324. 325. 326. 327. 379. 381. 383. 384. 386. 388. 392. 395. 396. 443. 444. 446. 448. 449. 450. 451. 453. 455. 456. 457. 482. 483. 485. 486. 487. 490. 491. 492. 493. 494. 498. 501. 502. 503. 504. 536. 538. 587. 589. 597. 639. 651.
—, Hermann, Die extragenitale Syphilisinfektion, speziell: Der Primäraffekt der Nase 106.
—, L. 126. 182.
Löffler 50. 107.
—, F., Neue Verfahren zur Schnellfärbung von Mikroorganismen, insbesondere der Blutparasiten, Spirochäten und Gonokokken 580.
Löper 380.
Loew, Kraurosis vulvae 352.
—, Leopold, Ein seltener Fall von Leukoderma syphiliticum 32. 147.
— Zur Allgemeinbehandlung der Syphilis 252.
Loewenhardt, F., Ein eigentümlicher Fall von renaler Massenblutung 568.
Löwenheim, Bruno, Uber Exacerbation latenter Blennorrhoe nach der Entbindung 568.
Löwenthal 96.
— Waldemar, Untersuchungen über die sogenannte Taubenpocke (Epithelioma contagiosum) 322.
Lohnstein, H., Über Priapismus 448.
Lomowitzki, Ein Fall von hartem Oberlippenschanker 434.
Longobardo, Bruno von 68.
Lonner 391.
Looss 393. 394.
Loose, O. E., Uber den klinischen Wert des Cystopurins 543. 599.
Loquin, Louis, Beitrag zum klinischen Studium des Enesol 246.
Lorrain 210.
Lossen, K., Über rationelle ambulante Behandlung der varikösen Venen und Geschwüre der Unterschenkel 383. 562.
Lotheissen, Über Skalpierung und ihre plastische Behandlung 64.
Loubeyran, Die Behandlung der Phlegmonen des Handtellers 266.
Lousle, A., Beitrag zum Studium der Paralysis facialis syphilitica secundaria neuritica 520.

Lowen, William E., Ein klinischer Bericht über einige Fälle von Hämaturie 498.
Lubarsch 178. 182. 229.
Lubowski, M., Bornyval in der urologischen Praxis 237.
Ludloff 593.
Ludovicus 526.
Lüders, Otto, Zur operativen Behandlung maligner Geschwülste der Harnblase 456.
Lüth, W., Zur Therapie der Prostatitis blennorrhoica 535.
Lugol 567.
Luisi, Raoul, Über frühzeitigen Eintritt der Sekundärperiode nach gewissen extragenitalen Schankern. Schanker der Wangenschleimhaut 109.
Lukasiewicz 224. 432. 615. 621. 622. 624.
Lukjanow 175. 182.
Lundsgaard, K. K. K., Über Tuberculosis conjunctivae (besonders Lupus conjunctivae) und dessen Behandlung 61.
— Behandlung (Lichtbehandlung) von Lupus conjunctivae 61. 481.
Lustgarten 341.
Lustwerk, Ein Fall von multipler Abscefsbildung bei einem elfjährigen Mädchen 525.
-- Ein Fall von Angina Ludovici, der genas 526.
Luxenburger, Peter, Über die Erblichkeit der dermoiden Geschwülste 587.
Lydston 489.

McCall Anderson 25.
McClanaham, H., Hämorrhagien bei Neugeborenen 644.
Mace, Herbert E., Verbesserung einer falschen Diagnose 474.
MacEttles, W. J., Pathologie und Therapie der ophthalmologischen Komplikationen bei blennorrhoischer Infektion 536.
McGowan, John P., Behandlung einiger Hautleiden 365.
McGuire, Stuart, Sparteinsulfat als Heilmittel in der Behandlung postoperativer Urinretention 473.
MacKane, Cornelius, Diabetes mellitus als Komplikation von chronischer Malaria 474.
MacKee, George M., Der Hochfrequenzstrom in der Behandlung der frühzeitigen Alopecie 386.
McKenzie, Joy, Ein Fall von Cerebrospinalmeningitis bei Scharlach 49.
MacLagan 162.
MacLennan, A., Über Spirochaeta pallida und deren Variationen 93.
MacLennan, A., Notiz über das Vorkommen von Spirochäten bei Framboesia und Granuloma pudendi 309.
MacLeod, J. M. H., Ein Fall von Trichonodosis 299.
— 385.
—, J. R., und Briggs, C. E., Weitere Beobachtungen über experimentelle Glykosurie 500.
MacNeal, Ward J., Schnelle und einfache Färbemethode der Spirochaeta pallida 581.
Madelung, O., Ein eigentümlicher Blasenstein 76.
Majewski, Felix, Über Excision der Harnröhrenstrikturen 452.
— und Motz, B., Beitrag zum anatomischen und klinischen Studium der Prostatacarcinome 628.
Majocchi 26. 292. 625.
Malacrida 276. 277.
Malassez 482.
*Malinowski, Felix, Eine ungewöhnliche Form von Metastasen in der Haut des Mammacarcinoms und das Verhältnis dieser Erkrankung zur Pagetschen Krankheit 329.
Malinowski, Felix, Der akute und chronische Tripper bei Männern und Frauen 203.
— Über einen ungewöhnlichen Fall von Hautmetastasen bei Mammacarcinom und über die Beziehungen dieses Prozesses zur Pagetschen Krankheit 243.
— Spirochaeta pallida in tertiärer Syphilis 433.
— 342.
Mallannah, S., Über die von immunisierten Tieren gewonnenen Drüsenextrakte als therapeutisches Mittel bei der Pest 597
Malloizel und Gaucher, Sekundäre, auf Hg. schlecht reagierende Syphilis; die cutanen Eruptionen werden von meningitischen Erscheinungen begleitet 572.
—, und Monier-Vinard, Über einzelne Krankheitsfälle aus dem Hôpital Saint Louis in Paris 372.
Malmsten 158.
Malpighi 124 255. 394. 553.
Mancino, Adolphe Henri, Aktinomykose der Thoraxwand 310.
Mangelsdorf, Erich, Über einen Fall von Hautmelanomen des Oberschenkels bei gleichzeitig bestehendem Cystadenoma carcinomatodes beider Ovarien 319.
Mankiewicz, O., Kongrefs der Association francaise d'Urologie. Oktober 1906 77.
— 625.

Mannel, Wilhelm, Ein Fall von Haemangioendothelioma perivasculare nasi 327.
Manolescu, Alex., Die Behandlung der Epitheliome 316.
Manson 362.
Mantegazza 17. 479.
Maramaldi, Über die Anwendung des Gonosans in der Therapie der Blennorrhoe 541.
Maratuech, Léon, Über die neoplastische Aktinomykose der Bauchwand 310.
Marcacci 614. 615. 624.
Marcano 614. 623.
Marchat, Über kongenitale Imperforation der Vagina 502.
Marcuse 249.
Marfan, Die Hautstigmata der Varicellen 53.
—, A. B., und Lemaire, Henri, Beitrag zum Studium der Komplikationen durch Seruminjektionen. Erythema marginatum aberrans 643.
Markow, Seltener Fall extragenitaler syphilitischer Infektion 434.
Marpmann 47.
Marschalko, Thomas v., Beitrag zur Histologie der durch Röntgenstrahlen verursachten Veränderungen bei malignen Tumoren der Haut 568.
— 142. 217. 229. 431. 616. 621. 624.
Martens 613.
Martial, R., und Leredde, Lichenifikation der Vulva, geheilt durch einen chirurgischen Eingriff. Beziehungen zwischen Lichenifikation und Leukoplakie der Vulva und Kraurosis 430.
Martin, Max, Symmetrische Handrückenlipome bei Togonegern 322.
Martinet, A., Der Kalender des Syphilitikers 211.
Martini, H., Adenom der Knäueldrüsen 327.
Marzinowski, Spirochaeta pallida und Syphilis 97.
— 359.
Matzenauer, Rudolf, Chronische Blennorrhoe 532.
— 149. 340. 341.
Maupassant 146.
—, Guy de 517.
Maurer, F. 179. 183.
Mauriac 149.
Mauthner 354.
Mary 607. 613.
Mayer, Eduard von 479.
—, Friedrich 69.
—, S. 131. 134. 169. 182.
—, Theodor, Über schmerzlose Injektion löslicher Quecksilbersalze 633.
— Über das Sajodin 635.
Meckel 266. 267.
*Meirowsky, E., Beiträge zur Pigmentfrage. V. 111. 166.
— 180. 181.
Meissner, P., Beitrag zur Verwendung des Sanatogen bei sexueller Neurasthenie 638.
Melchiorsen 513.
Melvin, George G., Behandlung von Lupus, abgesehen von Lichtbehandlung 365.
Mendel, Felix, Die Syphilis der Schilddrüse 147.
Mendelsson, Otto, Zur Frage der Glykosurie bei Quecksilberkuren 499. 500.
Menges, J., Über die Resorption von Arzneistoffen von der Vagina aus 504.
Meric, H. de, Zur internen Behandlung der Blennorrhoea 541.
Merk, Ludwig, Klinisches und Kasuistisches von den syphilitischen Erscheinungen an den Schlagadern der Extremitäten 569.
— Gleichzeitig ein Beitrag zur Kenntnis von der Entwicklungsdauer der Pellagra 646.
Merle, P. A. M. G., Die Vaccination während der Gravidität und ihr Einfluſs auf den Fötus 54.
— und Balzer, Ekzem mit Keratosis palmaris et plantaris 572.
— — Atypische Psoriasis; Lokalisation auf der Lippen- und vielleicht auch auf der Zungenschleimhaut 572.
Metscherski, Über die Acrodermatitis continua Hallopeau 301.
— Zur Lehre der Acrodermatitis continua Hallopeau 307.
— Lokalisiertes Neurofibrom 514.
— Referat 359.
— 73. 514. 548.
Mertsching 123. 181.
Metschnikoff, Elie, Über Syphilisprophylaxe 212.
— Hygienische Maſsregeln gegen Syphilis (Harben Lecture) 213.
— 105. 202. 212. 213. 375. 429. 570.
Meyerson, S. 124. 125. 166. 179. 182.
Meynert 354.
Mialhe 213.
*Mibelli, V., Disseminierte Miliartuberkulose des Haarbodens 1.
*— Über die Bereitung von Bädern, Waschungen und Umschlägen mit der Emulsion von Oleum cadinum und Anthrosol 27.
— Disseminierte Miliartuberkulose der Kophfhaut 430.
— 3. 430. 431. 526. 550. 566.
Micellone 613.
Michelson 33. 504.
Migliorini, Beitrag zur Kenntnis der pseudoleukämischen Hauterscheinungen 430.

Migliorini 616. 617. 621. 622. 624.
Mikulicz 565.
Milian 520.
— und Chenet, Schanker der Mandel und der Lippe mit folgender sekundärer Syphilis 520.
—, G., Über Pruritus und Lichenifikation, verbunden mit Tabes 240.
—, M., Entwicklung und histologische Untersuchung des psoriasiformen Exanthems nach Tuberkulin (vorgestellt in der letzten Sitzung) 572.
Miller, C., und Keith, A., Beschreibung eines Herzens mit gummöser Infiltration der auriculo-ventrikulären Fasern 250.
Millian 613.
Millon 651.
Milne, J. A., Über einen ungewöhnlichen Fall von Raynaudscher Kranhheit 646.
Minassian, P., Die Veränderungen des Blutes bei den Dermatosen 427.
Minkowski 353.
Mir, A. P. B., Mitteilung über eine Variolaepidemie, die in Nizza im Jahre 1902 herrschte.
Mirolubow, Elisabeth, Über Granulosis rubra nasi und über Miliaria crystallina und alba 268.
Mironescu, Th., und Babes, V., Über Syphilome innerer Organe Neugeborener und ihre Beziehungen zur Spirochaeta pallida 209.
Miropolski, Zur Kasuistik der Cavernitis gummosa 374.
— Drei Fälle extragenitaler syphilitischer Infektion 433.
Möbius 387.
Möller 28. 190. 647.
—, Magnus 363.
Mohr 405.
Molas, Alfred, Über Rezidive von Blasenpapillomen 455.
Molinari 158.
Monier-Vinard und Mallioizel, Über einzelne Krankheitsfälle aus dem Hôpital Saint Louis in Paris 372.
Monté, Achille, Über gewerbliche Infektionen 64.
Montgomery 180. 309.
—, Douglas W., und Sherman, H. M., Eine Kombination von Syphilis und Epitheliom der Zunge 198.
— Pityriasis rosea 255.
—, Frank Hugh, und Ormsby, Oliver S., „White-Spot Disease“ (Morphoea guttata) und Lichen planus sclerosus et atrophicus. Eine klinische und histologische Studie über drei Fälle, mit Literaturübersicht 237.
Mook, W. H., und Engman, M. F., Ein Beitrag zur Histopathologie und Theorie der Brom- und Joderuptionen 195.
Moore 613.
Moran, Ein interessanter Fall von Blasendivertikel 630.
Morelle, Epitheliom 522.
— Acne hypertrophica 522.
— Klassifizierung der Hautkrebse 522.
— Kankroid 523.
Morestin M., Ausgedehntes Epitheliom des Gesichtes. Abtragung. Sekundäre Transplantation 572.
— Exstirpation tuberkulöser Cervikaldrüsen durch retroaurikuläre, später kaum sichtbare Inzision 572.
— Ausgedehntes Angiom bei einer Negerin 572.
— Pharynxkrebs bei einer Frau, welche früher tertiäre Erscheinungen am Pharynx gehabt hat 572.
Morpiones 292.
Morvan 374.
Moscu, J., Die Diagnostik der Urogenitaltuberkulose aus der mikroskopischen Untersuchung des Harns 446.
Moser 46. 47.
Moses, Felix, Bemerkungen zu Max Josephs Bemerkung über meine Arbeit: Über Behandlung der Inguinalbubonen nach der Bierschen Methode 264.
— 264.
Moskalew, Abolitionismus oder Reglementierung der Prostitution 527.
Moszkowicz 185. 288.
Motz, B., und Majewski, F., Beitrag zum anatomischen und klinischen Studium der Prostatacarcinome 628.
—, und Perearnau, Untersuchungen über die Entstehung der Prostatahypertrophie 487.
Mouriguand 613.
Mouton, Georges, Über die Syphilis des Oberkiefers mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zu Affektionen des Zahnsystems 152.
Moutot, H., und Petitjean, Über Hermophenylinjektionen bei der Syphilisbehandlung 631.
Mraček, Franz, Handbuch der Hautkrankheiten 377. 528.
— 24. 224. 229. 511. 644.
Mucha, Pagets Disease 187.
— Spirochätenpräparate bei Dunkelfeldbeleuchtung 189.
— Follikulitis decalvans 295.
— Sklerosenrest der Mammilla 295.
— Papulo-pustulöses Exanthem 295.
— Makulöses Exanthem 295.
— Lupus vulgaris disseminatus nach K. Spengler mit Perlsuchttuberkulin behandelt 295.
— und Landsteiner, K., Spirochaeta pallida 295.
— — Zur Technik der Spirochätenuntersuchung 580.

Mühlens, P., und **Hartmann**, M., Zur Kenntnis des Vaccineerregers 57.
Müller, Mykosis fungoides 184. 353.
— Lichen scrophulosorum 185.
— Lupus erythematosus faciei 185.
— Lupus vulgaris disseminatus 185.
— Lichen ruber planus 185.
— Epididymitis blennorrhoica 295.
— Dermatitis herpetiformis Duhring 352.
— Gummöse Ulcerationen 353.
— Sykosiforme Papeln 353.
— Syphilis corymbosa 353.
— 224. 290. 579.
—, B., Die Blennorrhoe und deren Therapie 539.
—, C., Referate 50. 53. 57. 101. 105. 110. 149. 150. 153. 161. 201. 214. 245. 247. 249. 261. 305. 308. 309. 312. 319. 321. 325. 327. 328. 381. 383. 431. 482. 483. 525. 589. 590. 643.
— 27. 623.
—, H., 117. 180.
—, **Rob.**, Bedeutung der Protargolsalbe für die Narbenbildung 637.
—, **Rudolf Friedrich**, Über Mischgeschwülste der Blase im Kindesalter 455.
Mulert 33.
Mulzer, Paul, Über das Vorkommen von Spirochäten bei syphilitischen und anderen Krankheitsprodukten 95.
Muzzi, A., Addisonsche Krankheit und Lumbarsyndrom 381.
Mygind, Holger, Lupus cavi nasi 480.

Näcke, P. 44.
Nagelschmidt 30.
—, **Franz**, Über Methylenblau 569.
Narich, Josef, Über Holzphlegmone 266.
Nash, W. G., Ein Fall von Ruptur des Ureters 491.
Nathan, P. W., Blennorrhoische Gelenkerkrankungen und ihre Behandlung 535.
Neave, S., und **Carpenter**, G., Mikroskopische und chemische Untersuchungen bei einem Falle von Sclerema neonatorum 388.
Necker, Mal perforant 288.
— 185. 444. 446. 487.
Nedrigailow, W., Zur Frage über die spezifische Natur des Scharlachstreptococcus 47.
Neech, J. T., Bericht über einen Fall von konfluierender Varicella 52.
Negri 323.
Neisser, Albert, Fall von Syphilis maligna nach neunmonatlicher Kur in Lindewiese 92.
— Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnis von der Ätiologie der Syphilis 365.
Neisser, Albert 3. 25. 27. 88. 90. 202. 245. 247. 250. 340. 341. 353. 376. 385. 429. 562. 582.
—, **Bruck**, C., und **Schucht**, A., Diagnostische Gewebs- und Blutuntersuchungen bei Syphilis 247.
— und **Jacobi, Eduard**, Ikonographia dermatologica, Heft II 528.
—, **Siebert** und **Schucht**, Versuche zur Übertragung der Syphilis auf Affen 102.
—, C. 299. 628.
—, **Paul**, Über Erfahrungen mit der antiseptischen Blennorrhoetherapie in der Praxis 569.
Nelaton 452.
Neuberger, Über Lichen ruber planus der Handteller und Fufssohlen 569.
—, H., Eiteruntersuchungen bei blennorrhoischen Sekreten 570.
—, J., Die Verhütung der Epididymitis bei der Behandlung der Blennorrhoe im akuten und subakuten Stadium 423.
Neuhaus, Über Prostatahypertrophie 488.
Neumann, Über einige Erfolge mit Beta-Sulfopyrin bei Jodismus und akuten Erkrankungen der Atmungsorgane 598.
— 33. 89. 149. 184. 223. 293. 384. 425. 546. 547.
— und **Lehmann**, K. B., Atlas und Grundrifs der Bakteriologie und Lehrbuch der speziellen bakteriologischen Diagnostik 439.
—, **Isidor von**, Zur Ätiologie des Syphilisrezidivs 91.
—, **Friedrich**, und **Fellner, Ottfried** O., Über Röntgenbestrahlung der Ovarien in der Schwangerschaft 529.
— 73. 209. 616. 617. 621. 623. 624.
Neumark, Hermann, Plastische Induration des Penis 449.
Neumeister 404. 405.
Neusser 224. 229. 294.
Nicholson, G., Behandlung der durch Röntgenstrahlen entstehenden Dermatitis 648.
Nicolas 550. 559.
—, **Jacques**, Die dermatologische Behandlung des Epithelioma cutaneum am inneren Augenwinkel 316.
—, P. 631.
Nielsen 549.
Niessen, von, Die Serodiagnostik der Syphilis 88.
Nietert 324.
Nietsche 146.
Nietzsche 517.
Nikolski, Akute gelbe Leberatrophie im Verlaufe der sekundären Syphilis 152.
Nikolszki 229.
Nitze 298. 455.

Nitze, M., Jacoby, S., und Kollmann, A., Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Erkrankungen des Urogenitalapparates 45.
Nobl, Epidermolysis bullosa hereditaria, oder benigner Pemphigus 188.
— Papulo-nekrotisches Tuberkulid, Pityriasis lichenoides chron. 293.
— Primeldermatitis durch Primula obconica 293.
— Erythème indurée Bazin 352.
— Pityriasis lichenoides chron. 352.
— Schankröse Umwandlungen 355.
— Atrophische und narbige Veränderungen und atonisches Dekubitalgeschwür 355.
—, G., Über die postblennorrhoische Wegsamkeit des Ductus epididymitis 533.
— 293. 353. 355. 357. 621. 624.
Nocard 613.
Noeggerath 99.
Nötzel 74.
Nogier 648.
Noir, J., Die Ausbreitung der Röteln und die Schwierigkeit ihrer Prophylaxe gelegentlich ihres Auftretens im Heere 51.
Noiré 514.
Nonique, Léon, Kraurosis vulvae 503.
Nonnus, Theophanus 66.
Noorden, v. 396.
Nothnagel 229.
Nourry, Paul, Über Herzkomplikationen bei Erysipel und über Erysipel bei Herzkranken 305.
Nuesse, Das Institut und die Methode Finsen in Kopenhagen 458.
Nylander 493.

Oberländer 297.
Oberwarth, Ein Fall von kongenitaler Syphilis mit Spontanfrakturen 209.
Ohly, Adolf, Über die Lebensfähigkeit des Vaccine-Virus im Kaninchenkörper 57.
Ohmann-Dumesnil, Ein Fall von disseminierter Tinea circinata corporis 394.
— 267.
Ohnacker, Heinrich, Über Glykosurie bei Erkrankungen des Zentralnervensystems 501.
Ollier 267.
Oltramare, H., Harter Schanker ohne sekundäre Syphilis 571.
Omeltschenko, Zur Frage der Spirochäten bei Syphilis 94.
Opificius, Marie, und Herxheimer, Karl, Weitere Mitteilungen über die Spirochaeta pallida (Treponema Schaudinn) 98.
Oppenheim, Moriz, Der gegenwärtige Stand der Syphilislehre 87.
— Blennorrhoische Entzündung 186.
— Der gegenwärtige Stand der Syphilistherapie 211.
— Bräunlicher Epithelschlauch 296.
— Phosphaturie bei Blennorrhoe 353.
— Toxisches Erythem 355.
— Ekzema marginatum chronicum 356.
— 188. 236. 291. 295. 354. 356. 549. 550. 551. 557. 558. 559.
Orlowski, Die Syphilis 575.
— Die Schönheitspflege für Ärzte und gebildete Laien 576.
Ormsby, Oliver S., Prurigo, Pruritus und andere juckende Dermatosen 390.
— und Montgomery, Frank Hugh, „White-Spot Disease“ (Morphoea guttata) und Lichen planus sclerosus et atrophicus. Eine klinische und histologische Studie über drei Fälle, mit Literaturübersicht 237.
Ostermayer 149.
Osterroht, Herpes zoster ophthalmicus 46.
Ostertag 229.
Otis, William K. 296.
Otto, Czeslaw, Über Plasmazellen 431.

Pacyna, J., Ein Fall von seltener Lokalisation des Initialschankers 107.
Pagenstecher 634.
Paget 187. 243. 329. 339. 340. 341. 342. 360. 361. 573. 574.
Paglantinacci, Ein Beitrag zur Kenntnis der Syphilisübertragung durch das Stillen 88.
Pagniez, Ph., und Le Sourd, L., Die Spirochaeta pallida im Blut von Syphilitischen 240.
Palasse, E., Malum perforans im Munde 651.
Paldrock, Der Gonococcus Neisser und seine Nährböden 376.
Paltauf 270.
Papissow, Diabetes insipidus auf syphilitischer Grundlage 374.
Pappenheim 15. 112. 118. 128. 183. 184. 431.
Pappritz, Anna, Eine Kundgebung des Abolitionismus 76.
Parascandolo 607. 613.
Parker, J. O., Postblennorrhoische Infektion der weiblichen Urethra 363.
Parkin, A., und Turton, E., Über eine Reihe von Fällen, welche durch Injektion von Bakterienvaccinen behandelt wurden 596.
Parrot, Eitrige Arthropathien bei der syphilitischen Pseudo-Paralyse 161.

Pascalis, de, Die Syphilis in der Pathogenese der Tabes dorsalis 161.
Paschkis, Rudolf, Zur Anatomie und Entwickelungsgeschichte der Harnröhre des Mannes 191.
*Pasini, A., Über das senile Angiom des freien Lippenrandes 275. 342.
*— Über einen Fall von angiokavernösem Myom der Haut 614.
Pasteau, O., und Iselin, A., Die Wiederherstellung des Perinealteiles der Urethra bei schweren Verletzungen des Perineums, bei traumatischen Harnröhrenstrikturen mit komplizierten Veränderungen und bei gewissen bisher als unheilbar betrachteten blennorrhoischen Strikturen 368.
Pasteur 311.
Pastine, Ein interessanter Fall von diffuser Neurofibromatose. Recklinghausensche Krankheit 321.
Pater, H., Über die Wirkung einer kochsalzarmen Nahrung auf die Gewichtsverhältnisse Scharlachkranker 48.
Patton, W. S., Mycetoma (Madurafufs) im Yemengebiet 310.
Patzewitsch 102.
Paul, Luther G., Modifikation von Reeses Urethralirrigator 452.
—, Rostaine, Können die hereditär Syphilitischen Syphilis erwerben? 302.
Paulsen 105.
Pautrier, M., Wichtigkeit der Munduntersuchung bei zweifelhaften Syphilisfällen 246.
Pawlow 358. 437.
Pecori, Über eine tödlich verlaufene Pyocyaneus-Infektion bei einem Patienten mit Pemphigus foliaceus 260.
Pelagatti, 4. 20. 226. 227. 228. 229.
Pellizzari 90. 91.
Peltmann 473.
Perearnau und Motz, B., Untersuchungen über die Entstehung der Prostatahypertrophie 487.
Pernet, George, und Bunch, J. Lemare, Die opsonische Behandlung gewisser Hautkrankheiten 191.
— Naevi cystepitheliomatosi disseminati (Lymphangioma tuberosum multiplex Kaposi, Hidradenoma eruptivum Jacquet und Darier) 517.
Perrin 229.
Perry 443. 444.
Petersen, O. von, Über die erfolgreiche Übertragung der Syphilis auf Affen 101.
— Über die antiseptische Wirkung des Menstrualblutes bei Ulcus molle 263.
— 574.
Peterson, Reuben, Incontinentia urinae. Behandlung durch Bildung einer Blasenscheiden-Mastdarmfistel, verbunden mit Verschlufs des Introitus vaginae 446.
Petit 613.
—, P., Über einen nach der Applikation des hochfrequenten Stroms entstandenen und durch den konstanten Strom geheilten Fall von Herpes zoster 79.
—, Jean 298.
— und Moutot, H., Über Hermophenylinjektionen bei der Syphilisbehandlung 631.
Petresco, G. Z., Die Herde des Fortwucherns der Syphilis und die Spirochaeta pallida 98.
— Zur Frage der Immunmachung gegen Syphilis 105.
Petri 225.
Petroff, N. N., Über Hämaturie 236.
Petzold, Paul, Über das Vorkommen der Spirochaeta pallida bei Syphilis 95.
Peyrache, Jean, Über maligne Tumoren der Vulva und Vagina bei Kindern 502.
Pezzoli 354.
Pfaundler, M. 41.
Pfeiffer 649.
—, Hermann, Weitere experimentelle Beiträge zur Ätiologie des primären Verbrühungstodes 650.
—, L. 57.
Philippi, Referate 40. 49. 50. 53. 56. 58. 59. 60. 64. 76. 80. 86. 88. 89. 93. 94. 95. 98. 101. 102. 105. 107. 140. 145. 148. 151. 154. 160. 162. 205. 208. 214. 237. 243. 246. 250. 253. 255. 257. 260. 262. 263. 299. 308. 309. 310. 311. 314. 318. 320. 380. 387. 389. 394. 427. 439. 443. 445. 448. 451. 454. 456. 482. 489. 491. 492. 494. 497. 502. 537. 580. 583. 584. 585. 586. 596. 597. 599. 628. 632. 634. 636. 637. 642. 646. 647. 648.
Philippson 2. 28. 170. 182. 641.
—, A., Nutzbarmachung des elektrischen Stromes für die Behandlung des Lupus 569.
Philistion 65.
Photinos, Kulturen von Trichophyton und von Mikrosporon 232.
Piana 613.
Pick, Lichen scrophulosorum 186.
— Elephantiasis lymphangiektatica mit Sarcoma idiopathicum multiplex 186.
— Ulcus rodens 291.
— Lepra maculo-tuberosa 291.
— 341. 384. 546.
—, F. S. 547.
—, J., und Ehrmann, S., Kompendium der speziellen Histopathologie der Haut 204.
Picker, Rudolf, Bakteriologische Studien über den Gonococcus. Wachstum des Gonococcus auf seinen freien Nährböden. Wert des Gramschen Verfahrens in der differentiellen Diagnose des Gonococcus 582.

Piéry, M., und Renoux, Die Pityriasis versicolor, eine tuberkulöse Dermatomykose 393.
Pietrangelo, Urticaria simplex; Furunkel des linken Beines 524.
Pietzsch 299.
Pillet, Chronische Urethritis. Goutte militaire 533.
Pinkus, Felix, Sklerödem 136. 351.
— Referate 29. 136. 232. 351. 624.
— 625. 626.
Piollet 613.
Piorkowsky 105. 538.
Pivert, Jules, Über Angina ulcerosa und über die Perforation des Gaumensegels bei Scharlach 50.
Pizzini 277.
Plaut, H. C., Dermatomykosen 528.
— 262.
Plessing 325.
Pluschkoff, J. 122. 170. 181.
Poel, John van der, Konservatismus in der Behandlung der senilen Hypertrophie der Prostata 489.
Poehl 435.
Poirier 522.
Polano, M. E., Zur Histologie des Lichen ruber verrucosus 627.
Pollak, Josef, Ein seltener Fall von Keratitis gummosa 153.
Polland, Rudolf, Lupus pernio 37.
— Zur pathologischen Histologie der inneren Organe beim Verbrennungstod 649.
Pollio, G., und Fontana, A., Autolysin, Isolysin und spezifische Ambozeptoren bei der Syphilis 200.
Pollitzer 341.
—, J., Referate 184. 287. 352.
—, S., Lymphangioma circumscriptum 194.
Polotebnow 574.
Poltawzew, Zur Kasuistik der pigmentösen Pellagra (Pellagra pigmentosa) 375.
— Zur Frage der Syphilisbehandlung mit Hg-Einspritzungen 435.
— Ein Fall von universellem syphilitischem Leukoderma 436.
— Zur Kasuistik der hereditären Syphilis 437.
Polya, Zur Kasuistik der Steine der prostatischen Harnröhre 35.
Poncet 602. 608. 609. 610. 611. 613.
Porges 198.
Porot, Antonin, Zur Frage der merkuriellen Injektionen bei Nervensyphilis (kritische Studie) 206.
Portschinsky 511.
Posner, Die Barberiosche Reaktion auf Sperma 298.
— 396. 570.
—, Hans L., Zur Cytologie des blennorrhoischen Eiters 532.
Pospelow, Behandlung einiger Hautkrankheiten mit Bierscher Stauung 74.
— Kollektion neuer Moulagen 358.
— Caraté oder Karaté 373.
— Über die Syphilisüberimpfung auf anthropoide Affen und über die Syphilisimmunität 374.
— Über die experimentelle Syphilis bei den anthropoiden Affen, wie über die Eigenschaften des syphilitischen Virus 375.
— Tumor cutis keratoangiomatosus (Keratoangioma) 528.
— 73. 75. 163. 164. 170. 358. 514. 515.
Post, H. 122. 126. 134. 135. 166. 169. 170. 171. 181.
Potel 609. 610. 612.
Pousson, Alf., Vergleich der Resultate bei perinealer und bei suprapubischer Prostatektomie 629.
Poutain, Ernest, Über die Behandlung der Varicen und varikösen Geschwüre 383.
Praetorius, Georg, Über Muskelgummen im Frühstadium der Syphilis 148.
— Numa 45.
Pravasz 104.
Pregowski, P., Ein Fall von künstlich erzeugtem Hautemphysem 393.
Price, F. W., Ein Fall von Tabes dorsalis, bei welchem ausgedehnte sensible Störungen in der Haut sich vollständig wieder verloren 205.
Primrose, A., Hautblastomykose beim Menschen 310.
Prince, A. E., Die Anwendung von Extract. suprarenale zur Erleichterung der Katheterisation von Patienten mit Prostatahypertrophie 489.
Pringle 186. 258. 261. 360. 443. 444.
Proca 97.
Profeta 206.
Profichet 328.
Prowazek 57.
Prunac, A., Ein kleiner Beitrag zur Blennorrhoetherapie 541.
Przewóski 341. 431.
Pujo, W. R., Über die Behandlung von Hautumoren mittels Kauterisation 313.
Pulvermacher, Th., Zur Ätiologie der Leukoplakia oris 262.
Pulvirenti, Syphiloderma serpiginosum terebrans 524.
Pusey, Wm. Allen, Über Dermatosen mit Vegetationen; mit Bericht von zwei Fällen 197.
Putzler, Referate 47. 48. 50. 54. 55. 57. 61. 64. 87. 92. 93. 94. 95. 99. 101. 105. 147. 151. 208. 212. 254. 259. 260. 262. 263. 264. 305. 306. 315. 316. 319. 321. 327. 328. 379. 381. 387. 388. 390. 391. 392. 446. 447. 449. 450. 453. 456. 485. 495. 500. 502. 535. 539. 541. 542. 582. 584. 586. 587. 598. 640. 644.

Quarta, Giac., Tinea achorion 524.
— Ein seltener Fall 524.
Quenay, A. Ch. P., Beitrag zur Kenntnis der chronischen Prostatitis urethralen Ursprungs 485.
Queyrat, Eine neue Formel für Oleum griseum 632.
—, Levaditi, C., und Feuillé, Positiver Befund der Schaudinnschen Spirochäte in der Leber und Milz eines macerierten Foetus 101.
Quick, Edward, Neurofibromatose oder Recklinghausensche Krankheit 473.
Qvortrup 505.

Rabe 603. 604. 605. 606. 607. 610. 613.
Rabére 613.
Rabl 120. 122. 123. 128. 129. 166. 169. 170. 178. 181. 182.
Rabinowitsch, Lydia, und Heller, Julius, Einige Mitteilungen über die praktisch-diagnostische Verwertbarkeit der Untersuchung auf Spirochaeta pallida 99.
— 100.
Rachmaninow, J. M., Über einen Fall von Herpes zoster ophthalmicus bei einem Kinde 651.
Radaeli, Nachweis der Spirochaeta pallida in der Placenta 101. 247.
— Neue Beobachtungen über die pathologische Histologie und die Behandlung des multiplen idiopathischen hämorrhagischen Hautsarkoms (Angioendothelioma cut. Kaposi) 319.
Radlmesser, K., Zur Kasuistik der Harnröhrensteine 451.
Rafin de la Raffinie, G. H. de, Purpura und Tuberkulose 60.
— 613.
Rahn, Arthur, Referate 51. 58. 61. 62. 91. 93. 103. 154. 157. 159. 210. 246. 259. 267. 317. 394. 541. 594. 634.
Ramond 300.
Ramshorn, Richard, Über Unguentum sulfuratum mite (Theyolip) 639.
Rankin, J. C., und Houston, T., Das Blut in bezug auf Hautkrankheiten 140.
Ranschburg, P., Ein Fall von Infantilismus, auf Grund hereditärer Syphilis entstanden 210.
Rasch 505. 506. 507. 511.
Ravaut, Paul, Der Liquor cerebrospinalis bei den Heredosyphilitikern 366.
— Wirkung der Lumbalpunktion auf einige Hauterscheinungen 588.
Ravogli, A., Elephantiasis von Penis und Skrotum als Folge von Syphilis 425.
— Bericht über zwei Fälle von blennorrhoischer Infektion der Niere und des Nierenbeckens 537.
Ravogli, A. 341.
Raynaud 185. 192. 193. 388. 562. 563. 568. 587. 646. 647.
Razaki 311.
Ratzeburg, Hans, Über Vorkommen und Ätiologie der Arteriosklerose. Nebst einigen anhangsweisen symptomatischen Bemerkungen 158.
Reali 613.
Recklinghausen, v. 321. 322. 473. 586.
Reclus, Paul, Behandlung der Brandwunden 648.
— 145.
Redard, F., und Barret, G., Behandlung der Keloide mit Strömen von hoher Frequenz 324.
Reese 452.
Regenspurger, Anton, Beitrag zur Therapie der Blennorrhoea urethrae 539.
Regnault, Felix, Der Umschwung in der Prostitution Frankreichs 584.
Reichert 189.
Reiner, S., Zur Behandlung der Blennorhoe mit Gonosan 542.
Reines, S., Über die kombinierte Resorcin- und Röntgenbehandlung des Lupus vulgaris nach Ehrmann 63.
— Pityriasis lichenoides 185.
— Lupus erythematosus discoides 185.
— Endarteriitis luetica 185.
— Circumskripte idiopathische Hautatrophie 190.
— Defekt in der Haut des Schädeldaches nach Gumma, Narben 190.
— Inokulationslupus 294.
— Zur Kenntnis der Basalzellencarcinome Krompechers, speziell der basocellulären pigmentierten Naevocarcinome 314.
— Lipomatosis symmetrica multiplex 356.
— Tuberculosis papillomatosa cutis 358.
— 314.
Reid, J., Ein Fall von Raynaudscher Krankheit 646.
Reinach, Otto, Beiträge zur Röntgenoskopie von Knochenaffektionen hereditärluetischer Säuglinge 251.
Reiniger 453.
Reinke 120. 181.
—, Fr., Die Beziehungen des Lymphdruckes zu den Erscheinungen der Regeneration und des Wachstums 577.
Reitmann, Adenoma sebaceum Pringle 186.
— Lichen scrophulosorum 357.
— Lymphomata colli 357.
— Acne vulgaris 357.
— Acne conglobata 357.
—, Karl, Zur Kenntnis des „Adenoma sebaceum Pringle" (Naevus multiplex) 360.
Remak, R. 117. 180.
Remete, E., Beitrag zur Kasuistik der transvesikalen Prostatektomie (Freyersche Operation) 491.

Remlinger, Alfons, Zur Statistik der Arteriosklerose 158.
Renaldis, U. de, Die moderne Theorie der Blennorrhoe 516.
Renault, Alex., Die Blennorrhoe des Weibes. Symptome und Behandlung 538.
— Über Gonosan 542.
— Gleichzeitiges Auftreten einer syphilitischen Eruption und eines Lichen scrofulosorum 572.
— Kritische Studie über den Präventivwert des Jodkaliums bei der Behandlung der Syphilis 631.
Renaut, L., Die Syphilisübertragung beim Stillen vom juristischen und deontologischen Standpunkte 89.
Rénon, Louis, Allgemeine Neurofibromatose 320.
— Die infektiösen und parasitären Krankheiten 585.
Renoux und Piéry, M., Die Pityriasis versicolor, eine tuberkulöse Dermatomykose 393.
Renzi, de, Die funktionellen Veränderungen der Leber und die Syphilis dieses Organs 149.
Répanis, Grégoire, Das Hermophenyl und seine Anwendung in der Behandlung der Syphilis 245.
Reschetillo, Sycosis barbae, Röntgenbestrahlung 73.
— 75. 358. 514.
Retterer, S. 122. 170. 181.
Reuter, K., Neue Befunde von Spirochaeta pallida (Schaudinn) im menschlichen Körper und ihre Bedeutung für die Ätiologie der Syphilis 97.
Reverdin 608. 609. 610. 613.
Reyn, Axel, Apparate und Methoden zur Lichtbehandlung 481.
— 351. 458.
Rhazes 67.
Rheinboldt, Über den Desinfektionswert des Formamints 600.
Ribbert 312.
Ricciardini, Über die Wirkung des teilweisen Lackierens der Haut auf das Blut und die Gewebe 589.
Richards, G. M. O., und Hunt, L., Die in syphilitischen Läsionen gefundenen Spirochäten 95.
Richartz, Heinz, Ein bisher nicht beschriebenes Harnsediment 492.
Richter, Hans, Zur Kenntnis der konstitutionellen Albuminurie 493.
*—, Paul, Über die Entwicklung des aristotelischen Begriffes der Tumores praeter naturam 65.
Ricketts 309.
Ricklin, E., Die Überimpfbarkeit der Syphilis auf den Affen, betrachtet in ihren Beziehungen zur praktischen Medizin 429.
Ricord 89. 155. 230.
Rieck 605. 613.
Riecke, Ehrhard, Zur Kenntnis der Pityriasis lichenoides chronica 234. 361. 470.
— Lichen scrophulosorum 377.
— 175. 182. 511.
Riedel 481. 482.
—, J. D., Berichte 441.
Riedinger, Uber Behandlung der Hämorrhoiden 384.
Riehl, Nachruf an Neumann 184.
— Xanthoma tuberosum 186.
— Residuen einer Hg-Dermatitis 292.
— Quinckesches Ödem 289.
— Trichonodosis 289.
— 184. 185. 186. 187. 233. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 355. 357. 360. 378. 549.
—, G. 123. 124. 132. 166. 170. 181.
Riess, Ludwig, Gonosan in der Blennorrhoetherapie 542.
Rille, Ein Fall von Syphilis ulcerosa der Gesichtshaut 248.
— Ein Fall von tertiärer Syphilis und Jododerma tuberosum 251.
— 216. 234. 249. 361. 511. 546. 550. 567. 568.
Ringler, O., Spülcystoskope 297.
Ritchie, D. W., Lepra bei den Garos des Goalparadistriktes von Assam 373.
Ritter 74. 254.
—, E., Beiträge zum Nachweis der Spirochaeta pallida in syphilitischen Produkten 96.
Rivolta 602. 605. 613.
Rizzoli 586.
Robbins, Henry Alfred, Cerebrale Syphilis 365.
— Syphilis innerer Organe 473.
Roberts 616. 621. 624.
Robertson, Ford 162.
Robin, Albert, Der blennorrhoische Rheumatismus und seine Behandlung 426.
— Herpes zoster 650.
Robinsohn 593.
—, A. H. 138.
—, A. R., Fehler bei der Behandlung von Hautkrebs 138.
— Irrtümer in der Behandlung der Hautcarcinome 396.
—, Bynon, Nephroptosie und ihre Behandlung 364.
—, William J., Eine neue Anwendungsweise von Strychnin und Hydrastis bei sexueller und Blasenschwäche 447.
Rochet und Thévenot, Ein interessanter Fall von Prostatacarcinom 630.
Rockstroh, Hans, Bromotan, ein neues Mittel gegen Juckreiz, nässende Ekzeme usw. 390.
Römer 86.
—, B., Über den Bau eines Leprosoriums in den Tropen 373.

Röntgen 30. 31. 63. 73. 75. 79. 136. 142. 186. 189. 190. 196. 251. 259. 260. 265. 288. 298. 310. 311. 315. 316. 317. 322. 323. 362. 363. 365. 370. 389. 396. 422. 430. 474. 475. 514. 515. 525. 527. 528. 529. 566. 568. 569. 573. 574. 592. 593. 594. 648.
Rörig II, Reinhard, Zur Behandlung der Prostatahypertrophie 488.
Rössle 175. 176. 178. 179. 180. 182.
Röttger, W., Genufsmittel — Genufsgifte? 204.
Roger 484.
Rohleder, Hermann, Vorlesungen über Geschlechtstrieb und gesamtes Geschlechtsleben des Menschen 440.
— Der Automonosexualismus. Eine bisher noch unbeobachtete Form des menschlichen Geschlechtstriebes 478.
Rokitansky 288.
Rolfe, William A., Seltene Form eines malignen Hodentumors 483.
Rolleston, J. D., Ein Fall von intranasalem Primärsyphilid mit Vortäuschung von Diphtherie 107.
— Die Serumkrankheit 643.
Romanow 515.
— und Timascheff, Ein Fall von zahlreichen verkalkten Knoten in der Haut und dem Unterhautzellgewebe 328.
Romanowsky 97.
Romberg 205. 298.
Romme, R., Über die Serodiagnostik der Syphilis 88.
Rôna 2. 378.
Ronchi, G., Beitrag zum Studium des Syphiloderma pigmentarium primitivum 110.
Roscher, Lichen scrophulosorum, Acne cachecticorum 624.
— Naevi 624.
— Erythrodermie 624.
— 110.
Rosenbach, O., Genügt die moderne Diagnose syphilitischer Erkrankung wissenschaftlichen Forderungen? 87.
— 187. 387.
Rosenbaum 65. 69. 70.
Rosenfeld, Fritz, Über Pentosurie 499.
Rosenstadt 179. 183.
Rosenthal, O., Psoriasis 625.
— Psoriasis, Thiopinolbäder 625.
— 30. 136. 625. 626.
Rosière, Heilung einer alten Phimose durch Dilatation des Präputiums mittels des Druckes einer Wassersäule 448.
Rosmarin, Heinrich, Einige Bemerkungen über die hereditäre Immunität gegen Syphilis und über das sog. Profetasche Gesetz 206.
Ross, Frank W., Inkonsequenzen im Verlaufe von Syphilisfällen 365.
Ross, J. 138.
Rothfuchs, R., Über Gasphlegmone 267.
Rothmann, Zur Kasuistik der extragenitalen Schanker 434.
— Hunterscher Schanker auf der Oberlippe 374.
— Die hydrostatische Methode bei urogenitalem Leiden 375.
— Ein Fall von blennorrhoischer Urethritis bei einem dreijährigen Knaben 377.
Rothschild, Alfred, Über einen Blasenstein mit Wachskern, Krankengeschichte und Beitrag zur Frage der diagnostischen Verwendung der Röntgenstrahlen bei Harnkonkrementen 456.
Rouquette, Émile, Über den therapeutischen Wert der Resektion der Saphena in der Behandlung der Varicen 383.
Rousseau, Émile, Mikrococcus fallax, species nova. Ein Beitrag zur Flora der Urethritiden 450.
Roussy, G. 8. 367.
— und Darier, J., Über subcutane Sarkoide 320.
Roux 105. 202. 212. 429.
Rovsing, Thorkild, Über die Bedeutung der Blasentuberkulose und die Heilbarkeit derselben 454.
Rudnitzki, Ein Fall von perigenitalem Schanker 376.
Ruediger, Gustav F., Bakterien im scharlachkranken und im normalen Halse 46.
Rüff, Jakob 69.
Rusch 546. 547. 548. 550.
Ryff, Walter Hermann 69.

Saalfeld, Edmund, Zu der Arbeit Galewskys: Über eine noch nicht beschriebene Haarerkrankung (Trichonodosis) 33.
— Die Behandlung der Hyperhidrosis mit Vestosol 391.
— Über sogenannte Knotenbildung in den Haaren 504.
— Zur inneren Behandlung der Blennorrhoe 542.
— 351.
Saathoff, Das Aortenaneurysma auf syphilitischer Grundlage und seine Frühdiagnose 157.
Sabouraud, R., Weitere Untersuchungen über das Mikrosporum 475. 571.
— 34. 199. 201. 243. 253. 260. 475. 476.
Sabrazés 608. 609. 610. 613.
Sachs, Fritz, Eine Vereinfachung der Hellerschen Ringprobe 496.
—, Moritz, Okulistischer Bericht aus der Wiener Heilstätte für Lupuskranke über das Jahr 1905 529.

Saemisch 120. 171.
Sakurane, K., Histologische Untersuchungen über das Vorkommen der Spirochaeta pallida in Geweben 32.
Salgó, J., Die forensische Bedeutung der sexuellen Perversität 477.
Salkowski, E., Zur Kenntnis der Chylurie 497.
Saling, Theodor, Zur Kritik der Spirochaeta pallida Schaudinn 95.
— 100. 581.
Salles 236.
Salomon, H., Ein Fall von Einkeilung einer Hutnadel in der Urethra 451.
— 355.
Saltykow, A. N., Die Behandlung des Scharlachs mit Serum, nach den Literaturangaben 46.
Samberger, Folliculitis (Sycosis) scleroticans 359.
Samson-Himmelstjerna, v. 507.
Sanctorius 578.
Sand 605. 613.
Sanfelice, Über die Wirkung der löslichen Produkte der Blastomyceten in ihren Beziehungen zur Ätiologie der malignen Tumoren 312.
Sarqué 521.
Sarubin, Über extragenitale Syphilisinfektion 526.
Sattler 61.
Savariaud 608. 613.
Sawin, Ein Fall von hartem Schanker der Oberlippe 374.
Schacht, F., Die sexuelle Ethik 517.
Schainfeld, P., Syphilisgift und experimentelle Syphilis (Revue générale) 101.
Schalek, Alfred, Radiotherapie in der Dermatologie 570.
Schall 453.
Schamberg, Jay F., Multiples Hautcarcinom und Kerasotis infolge lange währenden Arsenikgebrauches; multiple Ulcerationen der Haut aus derselben Ursache 238.
— Herpes simplex; seine Diagnose und Prognose bei verschiedenen Infektionskrankheiten 650.
Schaudinn 95. 96. 97. 98. 101. 105. 438. 525. 581. 582.
Schede 395.
Schefers, Vaccinia generalisata bei einem dreijährigen ungeimpften Kinde 56.
Schein, Moriz, Fälle von Stillstand und relativem Zurückbleiben des Flächenwachstums der Haut 586.
— Lokalisation der vom weiblichen Geschlechtsorgane ausgehenden hämatogenen Hauterkrankungen 587.
Schenk 300.
Scherbakow, Thigenol bei Erysipel 525.
Scherber, Dermatitis herpetiformis Duhring 290.
Scherber, Mykosis fungoides 290.
— Alveoläres Sarkom 290. 291.
— Extragenitale Sklerosen 291.
— Phlebitis migrans 294.
— Erythema nodosum syphiliticum 295.
— Balanitis erosiva und gangraenosa 474.
— 295. 549.
—, G., Über Spirochätenuntersuchungen 626.
Schickendantz, Emil, Beitrag zur Rekurrenslähmung mit 50 neuen Fällen 206.
Schidachi, Tonsimatsu, Experimentelle Erzeugung von Hidrocystomen 233.
Schiele, W., Die Krankheiten des behaarten Kopfes 381.
Schild 30.
Schillberg 31.
Schiller, Friedrich 69.
Schindler, C., Zur Behandlung der Epididymitis blennorrhoica 535.
—, Emil, Weitere Mitteilungen über „Jothion“ 635.
Schlagintweit, Die Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen 298.
Schleich 74. 389.
Schleiff, Waldemar, Über Clitoriscarcinom 504.
Schleisick, Novargan 636.
Schlesinger, Arthur, Sarcoma multiplex haemorrhagicum pigmentosum Kaposi 318.
Schlimpert, Hans, Pathologisch-anatomische Befunde an den Augen bei zwei Fällen von Lues congenita 252.
Schlomann, Georg, Über paraureterale Lymphcysten 492.
Schlossmann, A. 41.
Schmaus 9.
Schmidt 300.
—, H. E., Ein Fall von Naevus pigmentosus pilosus 396.
— Alopecia totalis 396.
— Favus 396.
—, W., Urticaria perstans 528.
—, Walther, Über das Vorkommen von metallischem Quecksilber im menschlichen Körper 589.
Schmidt-Nielsen, Sigval, Erfahrungen über die Verwendbarkeit des Lichtes als Reagens 481.
Schmiedl, Hugo, Über eine Fehlerquelle bei der Ferrocyankaliumprobe als Eiweißreaktion 496.
Schmitt, L. S., Spirochaeta pallida (Treponema pallida) 95.
Schnabel 189.
Schneidemühl 613.
Schnittkind, Ein Fall von extragenitaler Syphilis (Glutaealschanker) 374.
— Ein eigenartiger Verband beim akuten Tripper 435.

Scholtz 594.
Scholz, Wilhelm, Über Miliaria epidemica 51.
Schor, Zwei Fälle von sog. Lymphangioma cutis circumscriptum 375.
Schott 232. 592.
Schourp, Die Wirkung von Fibrolysininjektionen bei Harnröhrenverengerungen 451.
— Referate 46. 47. 49. 51. 52. 54. 56. 62. 63. 77. 97. 105. 106. 107. 191. 204. 211. 247. 251. 261. 270. 310. 314. 319. 323. 326. 366. 373. 378. 382. 383. 384. 390. 391. 392. 446. 447. 452. 455. 456. 475. 483. 484. 487. 489. 490. 492. 493. 495. 497. 498. 502. 528. 529. 532. 535. 537. 538. 539. 540. 542. 570. 578. 579. 581. 584. 586. 592. 596. 600. 638. 639. 640. 644. 646. 647. 650. 651.
Schoyen, W. M. 511.
Schramm, Carl, Referate 55. 60. 88. 97. 100. 101. 210. 211. 216. 246. 262. 266. 270. 311. 324. 383. 384. 385. 391. 395. 444. 483. 485. 492. 496. 497. 499. 500. 504. 532. 533. 535. 537. 538. 539. 542. 543. 580. 583. 585. 598. 635. 636. 640.
Schreiber 224.
Schridde, Herm., Über extravaskuläre Blutbildung bei angeborener Lymphocystämie und kongenitaler Syphilis 206.
Schrumpf, Pierre, Über die als Protozoen beschriebenen Zelleinschlüsse bei Variola 54.
Schucht, Referate 573. 576. 593. 634. 643. 652.
—, A., Neisser, A., und Bruck, C., Diagnostische Gewebs- und Blutuntersuchungen bei Syphilis 247.
—, Siebert und Neisser, A., Versuche zur Übertragung der Syphilis auf Affen 102.
Schüffner, W., Über den neuen Infektionsweg der Ankylostomalarve durch die Haut 393.
Schüler, Druckapparate für die Kromayersche Quarzlampe 351.
— 352.
Schueller, Max, Zur Parasitologie der Verruca vulgaris 364.
— 593.
Schütz, Josef, Mitteilungen über Spirochaeta pallida (Schaudinn) und Cytorrhyctes (Siegel) 96.
Schultz, Wirkungsweise der Quarzlampe 351.
—, F. K. 30.
—, Fk. 232.
Schultze, Die chirurgische Behandlung des Gesichtslupus 63. 562.
— 340. 341.
Schulze 30. 100.
—, Bernhard, Referate 33. 34. 39. 46. 48. 62. 63. 87. 88. 99. 100. 105. 110. 143. 144. 146. 148. 151. 155. 157. 158. 209. 210. 215. 235. 236. 242. 245. 252. 256. 258. 296. 303. 307. 308. 312. 314. 318. 361. 362. 372. 377. 391. 396. 441. 447. 452. 456. 458. 470. 477. 481. 482. 488. 495. 496. 497. 504. 516. 520. 523. 527. 528. 532. 537. 539. 542. 543. 544. 570. 576. 577. 578. 581. 582. 583. 588. 590. 591. 596. 599. 632. 633. 635. 636. 637. 638. 639. 641. 642. 645. 648. 650.
Schulze, F. E. 117. 131. 180.
—, Walter, Impfungen mit Luesmaterial an Kaninchenaugen 103.
— Das Verhalten des Cytorrhyctes luis (Siegel) in der mit Syphilis geimpften Kanincheniris 247.
— Die Silberspirochäte 581.
— 99.
Schwalbe 122. 123. 126. 128. 130. 132. 166. 169. 170. 181. 325.
Schwartz 392.
Schwarz, E., Die Seifentherapie der Hautkrankheiten 639.
Schweitzer, A., Beiträge zur Behandlung der sexuellen Impotenz 76.
— Ein neues Harnantiseptikum 542.
Schwenter-Trachsler, Neuere Befunde an Mastzellen der Haut 579.
Schwiening, Heinrich, Beiträge zur Kenntnis der Verbreitung der venerischen Krankheiten in den europäischen Heeren sowie in der militärpflichtigen Jugend Deutschlands 576.
Secchi, Klinischer Beitrag zur frühzeitigen Nierensyphilis 150.
Seckel, Ernst, Ein beginnendes Spindelzellensarkom der Haut 319.
Sedro, Mark H., Medikamente bei der Blennorrhoebehandlung 363.
Seifert, Über Formaminttabletten 632.
Seiffert 299.
Seitz, Ludwig, Über eine mit Schwellung einhergehende Hypersekretion der Schweiß- und Talgdrüsen in der Achselhöhle während des Wochenbettes, echte Milchsekretion vortäuschend 391.
Selenew, Zur Pathologie der selbständigen Talgdrüsen; a) Cheilitis exfoliativa et Keratosis follicularis und b) Adenomatosis hypertrophica cystoides labiorum minorum vulvae 373.
— Zur Frage der Gelenkerkrankungen bei Syphilis: Polyarthritis ossificans syphilitica der rechten Hand (Dactylitis ossificans syphilitica) 374.
— Exsudationen und Keratosen 375.
— Zur Frage der Bildung eines „russischen Vereins zum Kampf mit den Geschlechtskrankheiten“ 375.
— Über die Spirochäte der Syphilis 376.
— Zweite Mitteilung über die Syphilisspirochäte 434.

Selenew, Merkurielle Gürtelrose (Herpes zoster) 438.
— Ecthyma mycoticum? 525.
— Onychia blastomycotica 525.
— Dermatomykosis oder Dermatotrepanosomiasis faciei varioloides? 526.
— Spirochätenähnliche Gebilde als Degenerationsprodukt des polychrom polymorphen Schimmelpilzes 574.
— Die Bedeutung der Schimmelpilze für die Dermatologie und die allgemeine Pathologie. Hybride und reine Dermatomykosen 588.
— 433. 526. 527. 575.
Selger, Bernhard, Zur Kenntnis der systematisierten Naevi (Naevi lineares) 570.
Sellei, Josef, Folliculitis fibrosa urethrae 297.
— Folliculitis fibrosa urethrae 450.
— Die Behandlung der Cystitis mittels Alkohol 458.
— Die Cytologie des Prostatasekretes mit Rücksicht auf die Phagokaryose 485.
— Die abortive Behandlung der Blennorrhoe 539.
Semjonoff, Ludmilla, Eine Mischgeschwulst der Lippe mit dem Bau der Speicheldrüsengeschwülste 313.
Senator, H., Notiz über die Vereinfachung der Hellerschen Ringprobe 496.
—, Max, Über Schleimhautlupus der oberen Luftwege 62.
Sensini, P., Beitrag zum Studium des endourethralen Syphiloms 200.
Sequeira, J. H., Die verschiedenen Arten von Trichophytie und deren Behandlung 259.
Seredey 152.
Serenin, Weiche Fibroma 514.
— Keloide 514.
Sergent, Emile, Sieben Abscesse im Anschluſs an sieben Kalomelinjektionen bei demselben Kranken 303.
— Syphilis et Tuberkulose 377.
Serrière, P., Über die Rolle der Prostata in der Genese der spontanen Urethritis 485.
Severino, Ein einfaches Mittel zur Erkennung einer drohenden Stomatitis, der Intoleranz und medikamentösen Sättigung während einer Quecksilberkur 214.
Sézary 631.
Shennan, T., Spirochaeta pallida (Spironema pallidum) bei Syphilis 95.
Shenton, E. W. H., Harnkonkremente und deren Nachweis durch die X-Strahlen 492.
Sherman, H. M., und Montgomery, Douglas W., Eine Kombination von Syphilis und Epitheliom der Zunge 198.
Sherwell, S. 139.
Shiwult, Exquisiter Lupus vulgaris 514.
Shoemaker, John J., und Boston, A. Napoleon, Gutartiges Cystenepitheliom 323.
—, V., Tertiäre Syphilis 365.
—, W. A., Behandlung der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum 536.
Short, A. R., Blutdruck und Pigmentierung bei Morbus Addisonii 379.
Sichel 58.
Siebert, Ein Fall von blennorrhoischer Allgemeininfektion 529.
— Schucht und Neisser, A., Versuche zur Übertragung der Syphilis auf Affen 102.
—, C., Was wissen wir über die Zusammensetzung und Entstehung der fettigen Hautsekrete 142.
Siedenkopf 189.
Siedlecki 202.
Siegel 57. 96. 202. 525.
Siethoff, Ten 608. 612.
Simmonds, M., Über den diagnostischen Wert des Spirochätennachweises bei Lues congenita 209.
Simon 117. 180.
Simoni, Joseph, Beitrag zum Studium der epithelialen Umwandlung bei Leukoplasia vulvaris 504.
Singer, Alfons, Unsere bisherige Kenntnis der angeborenen Haarlosigkeit des Menschen nebst einem neuen Beitrage 442.
Sinizy 73. 74.
Sioli, Franz, Über die Spirochaeta pallida bei Syphilis 95.
Sipari, Die Injektionen von Quecksilberbijodid bei der Behandlung der Syphilis 245.
Skirving, A. A. Scot, Beobachtungen über Mundsyphilis 150.
Sklarek 137.
Slatineanu und Jianu, Syphilis und Tuberkulose der Genitalien 153.
Smedley, R. D., und Grünbaum, A. S., Bericht über die Übertragbarkeit von Syphilis auf Affen 102.
Smirjagin, Ein Fall von Ichthyosis hystrix striata bullosa 438.
— Ein Fall von Pseudoleukämie auf syphilitischer Grundlage 434.
— Carcinom der Nase auf syphilitischer Basis 435.
Smit, J. A. Roorda, Die Fliegenkrankheit und ihre Behandlung 395.
— Die Lepra in Argentinien. Das Initialleprom und die spontane Luxation der Linse 429.
Smith, A. Cincinnatus, Funktionelle Erkrankung der Urethrabe im Weibe 364.
—, Ernest Ellswooth, und Gallant, A. Ernest, Fibroma molluscum 364.
—, Claude A., Die Ursache der Dermatitis bei Uncinariasis 650.

Smith, W. A. Wilson, Vaccinia aberrans 56.
Sneve, Haldor, Die Behandlung von Brandwunden 649.
Sobinski, Drei Fälle von ausgedehnten gummösen Zerstörungen auf dem Gliede 434.
Sobolew, In Anlafs eines Falles von Morvanscher Krankheit 374.
Soetbeer 353. 354. 355.
Sodwinski, Ein Urethritisfall, der durch mehrere Gelenkaffektionen und eine in Abscefs übergehende Lymphangitis kompliziert wurde 377.
Sokolow, Epithelioma faciei, Naevus vasculosus faciei und Radium 73. 358.
— Naevus papillaris capillitii 358.
— Ein seltener Fall von Hauttuberkulose 374.
— 73. 511.
Solger, Bernhard, Über Arsenzoster 33. 296.
Solt, Salicylspirituskompressen bei Scharlach usw. 48.
Sondermann, R., Zur Prophylaxe und Abortivbehandlung der Blennorrhoe 538.
Soter, L., Zur Bekämpfung der Pellagra in Österreich 646.
Sotis, Klinischer Beitrag zur künstlichen Anastomose der beiden Hoden wegen Nebenhodentuberkulose 483.
Soula 604. 613.
Sozzentino, Über die Pseudo-Alopecia areata (pseudo-pelade) von Brocq 201.
Speck, A., Über einen Fall durch den Bacillus pneumoniae Friedländer hervorgerufener abscedierender Orchitis und Epididymitis 483.
Spengler, K. 291. 295.
Speranski 75. 515.
Spick 608. 609. 610. 613.
Spiegel 640.
Spiegler, Pityriasis lichenoides 184.
— Ausgebreitetes Syphilid nach extragenitaler Sklerose 191.
— Kraurosis vulvae 191.
— Ekzema cruris lichenoides, Varikositäten 191.
— Lupus erythematodes 289.
— Lupus erythematosus 289.
— Pemphigus foliaceus 289.
— 33. 189. 224. 225. 229. 288. 293. 356. 435.
Spiral, H., Bericht über experimentelle Versuche, Haarschwund beim Menschen zu inokulieren 386.
Spitzer, Ernst, Tylosis 184.
— Palmar- und Plantarsyphilid 184.
— Artefizielle Hyperpigmentation 187.
— Lipoma multiplex symmetricum 321.
— Tuberkulid 356.
—, L., Weitere Beiträge zur ätiologischen Therapie der Syphilis 212.
Spitzer, Ernst, Gleichzeitiges Auftreten von Lupus vulgaris und Lupus erythematosus 476.
— 358.
—, J., und Emödi, A., Die Behandlung der Strikturen mittels Elektrolyse 452.
Spourgitis 608. 609. 613.
Sprecher, Florio, Zwei Fälle von Inokulationslupus 235.
— Ein Beitrag zur Cytologie des blennorrhoischen Eiters 470.
Staehelin 99.
Staffel 178. 182.
Stanziale 17.
—, Rodolfo, Die Bakterien der Harnröhre unter normalen Verhältnissen und bei Blennorrhoe 450.
Stearns, B. W. 319.
Steiner, Zur Therapie der Impotentia coeundi 482.
— 604. 605. 613.
Steinhaus 178. 182. 333. 341.
—, F., Betrachtungen über die sog. vermeidbaren Impfschäden und die Handhabung des Impfgeschäftes im Stadtbezirk Dortmund 55.
Steinheil, H., Ausgebreitete Keloidbildung nach Verbrennung 324.
Steinschneider, Moritz 67.
Stelwagon 238. 387. 519.
Stenczel, Arpád, Ein Beitrag zur Behandlung des Bubo ex ulcre molli 264.
— Zur Kasuistik der Obturationsstenosen der Harnröhre 451.
— Über die endermatische Anwendung des Unguentum Hydrargyri cinereum 633.
— 289.
Stengel, Alfred, White, J. William, und Evans, Joseph S., Kryptogenetische Streptokokkeninfektion mit persistierender Hauteruption, Lymphdrüsenschwellung und Fieber, Syphilis vortäuschend 586.
Stephan, A., Über Phenyform 637.
Stephens, G. A., Über den Wert von Calciumjodid zur Behandlung von Geschwüren 263.
Sterin 613.
*Sterling, Waclaw, Ein Fall von Syphilis der Oberkiefergelenke 559.
— Ein Fall von syphilitischen Veränderungen des Unterkiefergelenkes 249.
Stern 60.
— Referate 92. 104. 146. 150. 194. 198. 204. 238. 244. 248. 250. 253. 254. 255. 300. 309. 314. 386. 394. 396. 426. 441. 446. 448. 450. 451. 454. 455. 483. 484. 491. 494. 498. 499. 500. 518. 519. 536. 538. 540. 541. 544. 635. 646. 649.
—, Carl, Über die „Reizwirkung" des Protargols 637.
— und Hesse, Über die Wirkung des

Uviollichtes auf die Haut und deren therapeutische Verwendung in der Dermatologie 591.
Stern, Heinrich, Diät bei Albuminurie 495.
—, Moriz, Über den Nachweis der Spirochaeta pallida im Ausstrich mittels der Silbermethode 581.
Sternberg 229. 270.
—, Karl 269.
Sternthal, Alfred, Geleitworte zur Fahrt in das Leben 471.
Stewart, Douglas H., Handschuhe in der Chirurgie der Geschlechts- und Harnkrankheiten und die Anwendungsart derselben 364.
Sticker, Anton, Übertragung von Tumoren bei Hunden durch den Geschlechtsakt 313.
Stillens 569.
Stock, Zur Behandlung der Blennorrhoea masculina 538.
—, P. G., Haematuria endemica 497.
Stocker, Siegfried, Über Erysipel. Nach Beobachtungen der medizinischen Klinik in Zürich 303.
Stockmann, Ralph, Der Wert von Natrium salicylicum bei Scharlacharthritis und anderen Gelenkaffektionen 50.
Stockvis 642.
Stoeckel, Über die Verwendung des Nitzeschen Cystoskops in der luftgefüllten Blase der Frau 298.
Stoerk, Protagon und Xanthom 287.
— 287.
— und Zuckerkandl, Über Cystitis glandularis und den Drüsenkrebs der Harnblase 298.
Storch 603.
Straschimir, J. D., Sklerodermie und Raynaudsche Krankheit 388.
Strassmann, Arnold, Santyl bei Prostatacystitis 516.
Strauch, August, Myiasis dermatosa 196.
Straume, O., Ein Fall von Sclerodermia diffusa 388.
*Strauss, Artur, Über intramuskuläre Injektionen mit einer Suspension aus Vasenol-Hydrargyrum salicylicum unter Zusatz von Novocain 70.
— Ein Vorschlag zur Frühbehandlung des syphilitischen Primäraffekts mit Quecksilberinfiltration und Kauterisation 143.
—, Heinrich, Über Koinzidenz von Masern und Diphtherie 50.
Stricker 125.
Strominger, L., Hypogastrische syphilitische Sklerose 105.
Strong, Thomas J., Dhobie auf den Philippinen. Persönliche Beobachtungen 362.
Strube, Ewald, Über den Lichen ruber planus mit besonderer Lokalisation an den Schleimhäuten und Handtellern 306.
Strübell, Alexander, Über die physiologischen und pharmakologischen Wirkungen des Yohimbin Spiegel 640.
Strümpell, v. 586.
Stuber, A. 476.
Stuhl, Carl, Lues congenita im Bilde lymphatischer Leukämie bei einem Neugeborenen 210.
Stukowenkow 236.
Sturgis, Frèderik R., Noli me tangere: Die Prostata 364.
Suarez, L., Cysten der Blasenschleimhaut 77.
Suchy, Siegfried, Ein Fall von hochgradiger Idiosynkrasie gegenüber der Einreibungskur 638.
Surawitsch, M., Über Lymphangioma cutis 324.
Sussmann, M., Jodismus nach Sajodin 635.
Suter, F., Bakteriologische Befunde bei den infektiösen Erkrankungen der Harnorgane und ihr praktischer Wert 444.
—, H. 67.
Sweet, W. S., Ist die sog. syphilitische Striktur des Rektums auf Blennorrhoe zurückzuführen? 151.
Swershewski, Über den Tonsillarschanker 248.
Swieten, van 40. 241. 520.
Swinburne, George Knowles, Das Antigonococcusserum von Roger und Torrey bei Epididymitis 484.
Sykow 514.
Szubert, Die Nenndorfer Schwefelseife 639.

Taddei, Dominico, Über eine seltene, mit Hämaturie einhergehende Erkrankung der Niere 426.
Tagault, Johann 68.
Tait 503.
Talawok 152.
Talma 642.
Talmey, Bernard S., Sexualanästhesie beim Weibe 474.
— Sexuelle Hyperästhesie beim Weibe 570.
Taneff 156.
Tansard, André, und Fleig, Georges, Die Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen 370.
Tarassewitsch 250.
Taylor, G. G. Stopford, Ein Fall von Mykosis fungoides und dessen erfolgreiche Behandlung mittels Röntgenstrahlen 310.

Taylor, Robert W., Die Entwicklung von intraprimären syphilitischen Läsionen; sukzessive Schanker und prodromale Syphilide 139.
— 426.
Teacher, J. H., Ein Fall von primärem interstitiellem Anthrax beim Menschen, Septikämie, hämorrhagische Septomeningitis 308.
Teichmann, Friedrich, Die Hämaturie der Phthisiker 498.
Tempel 605. 613.
Terebinski, Ein Fall von Xeroderma pigmentosum 386.
— Ein Fall von Sarcoma multiplex 433.
— Zur Frage des multiplen benignen Sarkoids der Haut (Boeck), benignes Miliarlupoid 435.
— Ein Fall von partiellem Ergrauen der Kopfhaare bei einem Syphilitiker 436.
— Materialien zur Lehre von dem frühzeitigen oberflächlichen Ecthyma syphiliticum 437. 438. 575.
Terzaghi, Über die Natur des einfachen kontagiösen Geschwürs 524.
Teufel 474.
Teutschlaender, O. R., Wie breitet sich die Genitaltuberkulose aus? („Ascension" und „Descension") 445.
Tessène, Marie, Beitrag zur chirurgischen Behandlung variköser Ulcera 383.
Thaly, J. D. A. D. D., Beiträge zur Kenntnis der histologischen Vorgänge bei Orchitis suppurativa (Multiple Hodenabscesse im Gefolge des Katheterismus) 483.
Thalmann 519. 582.
Thévenot und Rochet, Ein interessanter Fall von Prostatacarcinom 630.
Thibierge, Lupus der Nase oder Syphilis? 147.
— Die frühzeitig auftretenden nervösen Erscheinungen bei Syphilis 159.
— Die syphilitische Facialislähmung 206.
— Die Trichophytie der unbehaarten Körperstellen 260.
— Skabies bei reizbarer Haut 260.
— Molluscum contagiosum 322.
— Lymphangioma capillare xanthelasmoides 528.
— 36. 550. 551. 558. 588.
—, Georges, und Bord, Benjamin, Zwei Fälle von Sarcoides subcutaneum 367.
Thiersch 63. 271. 272. 562. 595.
Thiéry 613.
Thies, J., Über die Prophylaxe der Blennorrhoe der Neugeborenen 538.
Thin 340. 341.
Thimm 547.
Thomas, Franz, Über die Carcinome der Mundschleimhaut 315.
Thomas, Karl, und Hildebrandt, Wilhelm, Das Verhalten der Leukocyten bei Röteln 51.
Thompson, Ashburton J., Lepra in Neusüdwales 58.
— Ein Fall von Lepra tuberosa; annähernde Heilung 373.
Thomson, Roseola syphilitica in Verbindung mit Ikterus 521.
— 521.
Thresh, J. C., Erythema autumnale. Ernteausschlag. Prurigo du rouget 394.
Thumm-Kintzel, Magdalene, Zeigen sich Liebe und Erotik in der Handschrift? 517.
Thurwald 152.
Tichonowitsch 514.
Tieche, Blauer Naevus 474.
Timascheff und Romanow, Ein Fall von zahlreichen verkalkten Knoten in der Haut und dem Unterhautzellgewebe 328.
Tippel 628.
Tobler 353. 354.
Toeplitz, Max, und Kreuder, Henry, Das Rhinosklerom 46.
Török, Ludwig, Über Erythema nodosum syphiliticum 249.
— 2. 341.
— Über das Jucken 389.
— Die Angioneurosenlehre und die hämatogene Hautentzündung 573. 641.
— Bemerkungen zu der Erwiderung Prof. Kreibichs auf meinen Vortrag: „Die Angioneurosenlehre und die hämatogene Hautentzündung" 641.
— 340. 425. 551. 641.
Toff, E., Referate 97. 106. 246. 316. 504 589. 644.
Tollens 499.
Tollkühn, Max, Erysipelas im deutschen Heere (1882—1902) 304.
Topp, Rudolf, Über die therapeutische Anwendung des Yohimbin „Riedel" als Aphrodisiacum, mit besonderer Berücksichtigung der funktionellen Impotentia virilis 481.
Tomasczewsky 74. 515.
—, Egon, Über den Nachweis der Spirochaeta pallida bei tertiärer Syphilis 100.
Tommasoli 340.
Torrey 484.
Tôth, J., Die Behandlung des Ekzems mit strahlender Wärme 254.
Townsend, F. M., und Valentine, F. C., Die Erweiterung der Urethra mittels dehnbarer Instrumente 451.
— Die Verhütung von venerischen Erkrankungen 584.
Trautmann, G., Erythema exsudativum multiforme und nodosum der Schleimhaut in ihren Beziehungen zur Syphilis 651.

Trelat 395.
Troller, D., Studie über den syphilitischen Diabetes 151.
Truffi 526.
Truneczek 316.
Tscharnoszky 102.
Tschenew 340.
Tscherbakow, Ein Fall von Psoriasis universalis auf nervöser Grundlage 438.
Tscherkasski, Ein Fall von vielfacher Rupia syphilitica profunda 436.
Tschlenow, Behandlung der Bubonen bei weichen Schankern nach der Bierschen Methode 74.
— Über die experimentelle Syphilis bei den Affen 101.
— 73. 341. 514. 515.
Tuder, G. A. J., Zur Kenntnis der malignen Hodengeschwülste bei inguinaler Ektopie 483.
Türk, 51. 225.
Türk-Kobylyn, Einschnürung des Penis 450.
Türkheim, Referate 84. 199. 240. 302. 367. 476. 572.
Turner, A., Beitrag zum Studium der intensiven Syphilisbehandlung mit den intramuskulären Injektionen von grauem Öl 215.
Turton, E., und Parkin, A., Über eine Reihe von Fällen, welche durch Injektion von Bakterienvaccinen behandelt wurden 596.
Tuttle, James P., Behandlung der Samenbläschenentzündung 364.
Tyzzer, E. E., Die Histologie der Hautläsionen bei Varicella 53.
—, Brinkerhoff, Walter R., und Councilman, W. J., Studien über Impfungen mit Pocken und Vaccine bei Affen 54.

Ullmann 188. 190. 290. 353. 354.
—, B., Über juvenile physiologische Albuminurie 494.
—, Karl, Über einen Fall von ausgebreiteter Arsenikkeratosis mit Ausgang in Epitheliom 258.
— Zur Wärmebehandlung der venerischen Geschwüre und anderer Ulcusaffektionen 263.
— Lupus vulgaris 288.
— Lupus erythematosus, Lupus vulgaris 288.
— Lupus erythematodes 291.
— Papulo-nekrotisches Tuberkulid, Lupus erythematosus 294.
— Ein bequemer und praktischer Handgriff zur Valentinlampe für Urethralendoskopie 297.
— Thermotherapie in der Behandlung der venerischen Krankheiten 362.
Unna, P. G., Neuere Erfahrungen und Anschauungen über Psoriasis 256.
*— und Golodetz, Lazar, Neue Studien über die Hornsubstanz 399. 459.
— 8. 36. 53. 112. 118. 128. 132. 166. 169. 172. 182. 183. 184. 216. 309. 325. 340. 341. 364. 378. 384. 400. 404. 406. 431. 468. 476. 480. 524. 546. 547. 553. 554. 564. 580. 586. 594. 617. 622. 624. 639. 642.
Urbahn 582.
Urpani, Extragenitale Sklerosen der linken Stirnseite und des linken Jochbogens 289.

Valentine, F. C., Belehrung über sexuelle Fragen 583.
— Die Gefahren der venerischen Krankbeiten in ihrer Beziehung zum Staate 583.
— und Townsend, F. M., Die Erweiterung der Urethra mittels dehnbarer Instrumente 451.
— Die Verhütung von venerischen Erkrankungen 584.
Vannod, Th., Über Agglutinine und spezifische Immunkörper im Gonokokkenserum 583.
Variot, Das Ekzem der Säuglinge 253.
Vas 641.
Vasilescu 97.
Vaughan, George Tully, Behandlung der Prostatahypertrophie 365.
Vautrin und Apffel, Studie über die Wolffschen Cysten des Samenstranges 370.
Vegt, van der 172.
Veiel 300.
Verdelett 613.
Verneuil 614. 623.
Verrotti 229.
Versé, M., Die Spirochaeta pallida in ihren Beziehungen zu den syphilitischen Gewebsveränderungen 98.
Versen 501.
Verworn 178.
Vesalius, Andreas 70.
Veszprèmi 226.
Veyrassat, Über die Anwendung der warmen physiologischen Kochsalzlösung in der Behandlung der Geschwüre 263.
Vidal 290. 293. 340.
Vieth, H., Pharmakologische Untersuchungen über die Wirkungsweise der Balsamica 597.
— und Ehrmann, O., Die Nebenwirkungen der Balsamica 541.
Vietinghoff-Scheel, E. v., Die Therapie der Enuresis nocturna 447.
Vigezzi 603. 613.
Vignolo-Lutati 341.

Vikentiev, A., Abortivbehandlung der Furunkel 40.
Villaret 392.
Villemin 613.
Vincent 262. 263.
Vincenzi, Livio, Ist die Harnblase im normalen Zustande für Bakterien durchgängig? 455.
Virchow, Rudolf 65. 116. 180. 360. 614. 615. 623. 624.
Völcker 593.
Voerner, Hans, Bemerkenswerter Fall von tuberkulösem Hautexanthem 86.
— Zur Therapie des Lichen ruber 143.
— Über Naevus anaemicus 143.
— Über schmerzhafte Drüsenschwellung bei Lues 153.
— Über Lymphangiektomia auriculi (Othaematoma spurium) 324.
— Pityriasis rosea urticata 361.
— Über Prurigo haemorrhagica 390.
— Zur Statistik des Trippers beim Manne und seine Folgen für die Ehefrauen 530.
— Hydrargyrum praecipitatum album multiforme 634.
— 414. 532.
Vogel, K., Zur Technik der Thierschschen Transplantation 595.
Vogt, Alfred, Frühzeitiges Ergrauen der Cilien und Bemerkungen über den sogenannten plötzlichen Eintritt dieser Veränderungen 381.
Voigt, L., Über die Verwendbarkeit der Kaninchen zur Gewinnung des Kuhpockenimpfstoffes 57.
—, Wilhelm, Exstirpation eines Blasensarkoms unter Resektion der Symphyse 456.
Volk 294.
—, Richard, Schwere Nierenerkrankung nach äufserlicher Chrysarobinapplikation 598.
Vollmer, E., Ein Fall von Kuhpockenübertragung auf Menschen 54.
Vorberg, Gaston, Dementia paralytica und Syphilis 146.
— Über Syphilisprophylaxe 213.
Vorpahl, Kurt, Über ein primäres Carcinom des Ureters 492.

Waelsch, Ludwig, Pes inflammatus syphiliticus, nebst Bemerkungen zur Wirkung des Jod auf tertiär-syphilitische Krankheitsprozesse 147.
— Uber die Induratio penis plastica 449.
Wagner, R., 116. 179. 180.
Waldeyer 414.
Waljaschko, G. A., Über das elastische Gewebe in Neubildungen 578.
— Zur Technik der Hauttransplantation nach Thiersch 595.
Walko, Karl, Über einen Fall von Cystadenoma papilliferum der Ceruminaldrüsen mit multipler halbseitiger Hirn- und Cervicalnervenlähmung 327.
Wahl, A. von, Über Fehlerquellen bei Gonokokkenuntersuchungen 532.
Walker, N., Die Stellung der Dermatologie im medizinischen Curriculum 137.
— Die bisherige Geschichte der Dermatologie in Edinburg 162.
— 138. 140.
Waller 89. 90. 91.
Wallich, V., und Levaditi, Untersuchungen auf das Vorhandensein der Spirochaeta pallida im Mutterkuchen 101.
Warde, Wilfried 193.
Wassermann, A., und Bruck, C., Eine serodiagnostische Reaktion bei Syphilis 87.
— 88.
Wasserthal, Zur Frage der Therapie diverser Prostataaffektionen mittels der Bierschen Stauung 297.
Waterhouse, R., Ein Fall von Sclerema neonatorum 389.
Webb, Gerald B., Behandlung des eingewachsenen Zehennagels 650.
Wechsberg 27.
Wechselmann 96. 136. 137.
Wegner 211.
Weichselbaum 189.
Weidenfeld, Lichen ruber planus, durch Arsen erzeugte follikuläre Hyperkeratose 290.
— Acne cachecticorum 352.
— Acne varioliformis, cachecticorum oder Tuberkulid? 356.
— Ekzema flanellaire 356.
— 187. 188. 292. 293. 352.
Weidenreich 224.
Weinberg, Julius, Die Orthocystoskopie 453.
Weinlechner 267.
Weischer 595.
Weiss, Theodor, Die Prostitutionsfrage in der Schweiz und das schweizerische Strafgesetzbuch 80.
Weisz, Eduard, Über luetische Gelenkerkrankungen 158.
Welander, Edward, Zur Frage der Absonderung des Quecksilbers durch den Harn 31.
— 633.
Welch 158. 253.
Welfeld, Joseph, Behandlung der Akne mittels Hyperämie 474.
Weljaminow 74.
Wellmann, F. Creighton, Übersicht über die Hautkrankheiten, welche in Angola, West-Afrika, beobachtet wurden 365.
—, M. 65.

Wende 198.
Wenglowski, R. J. 165. 166.
Wermel, Behandlung des Hautjuckens 75.
Werschinin, Ein Fall von Urticaria perstans mit Pigmentation und Alopecia areata 374.
Werther, Zwei Fälle von Mykosis fungoides 311.
Wessely 74.
West, S., und Clarke, T. W., Idiopathische Cyanose infolge von Sulph-Hämoglobinämie 642.
Westphalen, H., Über Fieber bei visceraler Syphilis 151.
White, Charles, Über Syringocystoma 425.
— 519.
—, James C. 195.
—, J. William, Stengel, Alfred, und Evans, Joseph S., Kryptogenetische Streptokokkeninfektion mit persistierender Hauteruption, Lymphdrüsenschwellung und Fieber, Syphilis vortäuschend 586.
Wichmann, Paul, Wirkungsweise und Anwendbarkeit der Radiumstrahlung und Radioaktivität auf die Haut mit besonderer Berücksichtigung des Lupus 62.
Wickham, Louis, Einige Bemerkungen über die Anwendung des Radiums in der Therapie 77.
— 341.
Widal, F., Die Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit 160.
Widmark 480.
Wieczorek, Paul, Ein Fall von diffusem Angioma cavernosum am Arm 325.
Wiherspoon, John A., Blennorrhoische Arthritis 535.
Wildholz 328.
Willbrandt 613.
Williams, A. Winkelried, Berichte über einige besondere Fälle 194.
— Ein Fall von Epidermolysis bullosa 194.
— Ein Fall von Lupus an der Stelle der Schutzpockenimpfpusteln 194.
— Ein Fall von Urticaria haemorrhagica, verursacht durch Resorption von Toxinen, die von einer chronischen Mittelohreiterung ausgingen 194.
— Ein spezieller Fall multipler cutaner und subcutaner Tumoren 194.
Williams, Charles Mallary, Die Ansteckungsfähigkeit des Gumma 250.
Wilson 438.
Winfield, James MacFarlane, Pemphigus vegetans: Bericht über einen Fall und Besprechung des Leidens 238. 424.
Winkler, Periostale Schwellung nach Typhus 294.
Winkler 184.
Winther 604. 613.
Wise, K. S., Zur Ätiologie des Granuloma pudendi 502.
Wisniewski, J., Psoriasis traumatica 243.
Witte 318.
Witz 376.
Wlassjewsky 102.
Wodrig, Bruno, Ein Fall von Arthritis nach Ophthalmoblennorrhoe mit besonderer Berücksichtigung der geschichtlichen Entwicklung der Lehre von den blennorrhoischen Erkrankungen 536.
Wölfel, Alfred, Zum Morbus Addisonii 379.
Wolbach, S. B., und Bowen, John T., Ein Fall von Blastomykosis: Die Resultate von Reinkultur und Impfversuchen 309.
Wolburst, Abraham L., Therapeutische Notizen zur Blennorrhoea acuta 474.
Wolf, L. P., Das Thiosinamin als Heilmittel 639.
—, Sylvain, Angioma arteriale racemosum capitis 325.
Wolferz, Über Ikterus epidemicus 392.
Wolff 453.
—, Werner, Über eine neue Anwendungsweise der konzentrierten Karbolsäure in der externen Therapie, vor allem bei Bubonen und Furunkulose 265.
— 370.
— -Eisner, A., Über die Urticaria vom Standpunkte der neuen Erfahrungen über Empfindlichkeit gegenüber körperfremden Eiweifsubstanzen 516.
Wolfsohn, Ein Fall völliger Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand syphilitischen Ursprungs 437.
Woloschin, Zur Frage des Syphilismikroorganismus 94.
Wolters 2. 149. 616. 622. 624.
Wormser, Lucien, Über einige wenig gebräuchliche Behandlungsmethoden bei hartnäckiger chronischer Urethritis 540.
Wossidlo, H., Zur Behandlung der Strikturen der Urethra 437.
Worthmann, Fritz, Beiträge zur Kenntnis der Nervenausbreitung in Clitoris und Vagina 502.
Wrede, Ausscheidung von Bakterien durch die Schweifsdrüsen 562.
Wright 140. 494. 497.
Wulff, P., Ein neues Urinal für Frauen 191.
— 593.

Young, William Glenn, Albuminurie infolge Erkrankung von Prostata und Samenbläschen 494.

Zabolotnyj, D., Experimentelle Syphilis bei Pavianen (Papio babuin) 243.
Zangemeister, Über Malakoplakie der Harnblase 35.
Zappert 223. 229.
—, Julius, Über dem Mongolenfleck analoge Stirnflecke neugeborener Kinder 379.
Zedlewski 89.
Zeisler, Joseph, Bemerkungen über einen Fall von Aktinomykosis 196.
Zeissl, M. v., Die Behandlung der Acne vulgaris, der Sykosis und Folliculitis 260.
— Die Behandlung des Harnröhrentrippers des Mannes und Weibes 539.
Zembrzuski, Ludwik, Beitrag zur Entstehung der Pyämie nach Hautfurunkeln 266.
Zenker 618.
Zerner, Hans, Hysterische Erscheinungen im sekundären Stadium der Syphilis 159.
Zickelbach, Anton, Ein Fall von orthostatischer Albuminurie 495.
Ziegler 350 395.
Zieler 174. 182.
Ziemssen, v. 400. 404. 406. 624.
Zilliacus 565.
Zillie, C. F., Masern als Komplikation bei Typhus abdominalis 50.
Zimmermann 114. 176
Zittmann 189. 434.
Zlatogoroff, S. J., Über die Anwendung des Streptokokkenimpfstoffes bei Scharlach 48.
Zola 4.
Zsigmondy 189.
Zuccola und Conti, Der Übergang des Quecksilbers von der Mutter auf den Fötus 590.
Zuckerkandl und Stoerck, Über Cystitis glandularis und den Drüsenkrebs der Harnblase 298.
Zumbusch, Leo v., Über Lichen albus, eine bisher unbeschriebene Erkrankung 141.
— Lepra maculo-tuberosa 186.
— Mykosis fungoides 186.
— Sarcoma cutis idiopathicum 186.
— Carcinoma lenticulare mammae 186.
— Mollusca contagiosa 188.
— Multiple Spontankeloide 188.
— Casus pro diagnosi 528.
Zupsick, L., Die Beziehungen der Meningokokken zu den Gonokokken 582.